UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 127

CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

VOLUMINEUSES HERNIES SCROTALES

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 juillet 1937

PAR

Jean-Yves GUENNEC

Élève du Service de Santé de la Marine

Ancien externe des Hôpitaux

Né au RELECQ-KERHUON (Finistère), le 5 décembre 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... }

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 127

CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

VOLUMINEUSES HERNIES SCROTALES

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 juillet 1937

PAR

Jean-Yves GUENNEC

Élève du Service de Santé de la Marine

Ancien externe des Hôpitaux

Né au RELECQ-KERHUON (Finistère), le 5 décembre 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... }

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	N.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatolo ique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRANDS-MERES

A MON PERE — A MA MERE

Les mots ne suffisent pas pour leur dire ma profonde affection. En témoignage de reconnaissance infinie pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

A MA SOEUR

A TOUTE MA FAMILLE

A LA FAMILLE DE MA FEMME

A MES AMIS — A MES CAMARADES

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Monsieur le Professeur PAPIN (Stage 1934)
Monsieur le Professeur RECHOU (Externat 1935)
Monsieur le Professeur TEULIERES (Externat 1935)
Monsieur le Professeur J. GUYOT (Externat 1936)
Monsieur le Professeur ABADIE (Externat 1936)
Monsieur le Professeur agrégé DELMAS-MARSALET
Monsieur le Professeur CREYX (Externat 1937)
Monsieur le Docteur DUBOURG (Externat 1937)
Monsieur le Professeur DUPERIE (Externat 1937)

A Monsieur le Médecin Principal BIDEAU

Professeur agrégé de la Marine,
Professeur à l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A MES JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse, dont il nous inspira le sujet.

Nous nous honorons d'avoir été son élève, nous le remercions du profit que nous avons tiré de son enseignement.

Médecin de notre famille, il ne cessa de nous réserver son accueil bienveillant. Nous ne saurions lui prouver assez notre sincère et éternelle gratitude.

Nous lui présentons ce modeste travail en faible témoignage de notre très respectueuse déférence.

CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

VOLUMINEUSES HERNIES SCROTALES

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales nous avons eu la bonne fortune d'examiner dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot quatre hernies inguinales volumineuses. S'il est vrai que la question de la cure radicale des hernies a occupé beaucoup de chirurgiens tant aux différents Congrès de chirurgie qu'à la Société de chirurgie, il est juste de reconnaître que la cure radicale des hernies scrotales volumineuses a été laissée dans l'ombre. La difficulté de réduire et de maintenir la réduction a peut-être effrayé les chirurgiens, aussi avons-nous cru utile de faire de cette étude le sujet de notre thèse.

Nous avons recueilli 137 observations dont 11 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot et 126 dans la littérature médicale.

Nous donnerons dans un premier chapitre quelques notions sur l'historique, les définitions, la fréquence, l'étiolo-

gie, le diagnostic, les complications de ces hernies scrotales volumineuses. Nous insisterons plus longuement sur l'anatomie pathologique des hernies du gros intestin dont la connaissance exacte est si importante au point de vue des applications thérapeutiques.

Dans un second chapitre, nous étudierons le traitement des hernies scrotales de l'adulte, et dans un troisième chapitre la conduite à tenir chez le vieillard. En effet, l'examen des observations que nous avons recueillies nous montre que si l'intervention peut être tentée sans grand danger chez l'adulte, il n'en est pas de même chez le vieillard. A partir de 65 ans, le pronostic est beaucoup plus sévère, et le chirurgien doit se montrer prudent. Cet âge ne sera d'ailleurs pas une stricte limite et c'est au chirurgien seul qu'il appartiendra de prendre une décision selon l'état général du malade.

Nous terminerons notre travail par une bibliographie que nous nous sommes efforcé de rendre aussi complète que possible.

Au moment de mettre, par ce modeste travail, le point final à nos études médicales, c'est pour nous un devoir de reconnaissance bien doux à remplir que d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux et à nos professeurs de l'Ecole du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales pour le dévouement avec lequel ils nous ont prodigué leur enseignement et aidé de leurs conseils.

Nous voulons tout spécialement remercier M. le Professeur Guyot de sa grande bonté à notre égard. Nous garderons le souvenir ému du bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui au cours de nos études.

CHAPITRE PREMIER

I. — *Historique.*

La cure radicale des hernies, tentée depuis fort longtemps, n'est remise en honneur qu'à la fin du XVIII[e] siècle. Jusque-là, en effet, les méthodes et les procédés se succèdent, mais pour être successivement abandonnés, soit à cause des dangers qu'ils faisaient courir, soit à cause de l'incertitude des résultats pour ne pas dire la certitude de l'insuccès.

On employa d'abord les bandages, mais ceux-ci donnant le plus souvent des résultats illusoires, les chirurgiens cherchèrent un procédé radical. Nombreuses furent les tentatives, ce furent elles qui conduisirent à la méthode moderne. On cautérisait au fer rouge les téguments et les parties sous-jacentes, puis on remplaça le cautère par les caustiques (potasse, arsenic...). Celse pratiquait l'extirpation du sac et la torsion du pédicule. La ligature et la suture sont également employées de façon variée. Au XVI[e] siècle, les « herniers », chirurgiens ambulants, pratiquaient, pour simplifier l'opération, l'ablation du testicule et du cordon. Contre ces pratiques s'élevèrent Paré et Dionis, l'intervention sanglante fut interdite. Afin d'éviter la castration, Franco imagina au XVI[e] siècle le « point doré » consistant à étreindre lentement le collet par un fil d'or. La « suture royale », ainsi nommée parce qu'elle laissait intact le testicule, rétrécissait le collet par une suture. Gerdy invaginait le scrotum à la place du canal inguinal. Sur ces entrefaites, en 1663, le bandage en acier fit son apparition (Nicolas Lequin) et les opérations sanglantes perdirent du terrain : leur danger, leur

inefficacité fréquente, expliquent suffisamment cette proscription.

En 1688, Johann Otto décrit le premier cas de hernie adhérente du gros intestin, après l'avoir par mégarde ouvert d'un coup de scalpel. Arnaud, en 1749, en réséquant le cæcum et l'iléon gangrénés par étranglement herniaire, est obligé de sectionner le mésocôlon et de lier les vaisseaux qui le parcourent. Chopart, Desault, signalent des faits semblables et créent le terme de « hernie sans sac ». En 1808, Scarpa, professeur à l'Université de Pavie, fit paraître un remarquable travail où il établit deux grandes classes d'adhérences :

— adhérences charnues naturelles;
— adhérences charnues non naturelles ou inflammatoires.

Il établit trois variétés de hernie suivant la portion de l'intestin qui est herniée :

— hernie à sac complet sans adhérences;
— hernie à sac complet avec adhérences;
— hernie à sac incomplet.

Il faut arriver jusqu'en 1863 pour voir l'ancienne suture revenir en honneur et être désormais appliquée de préférence à tous les autres moyens. C'est John Wood qui insista le plus efficacement pour elle. Son procédé sous-cutané ne s'appliquait qu'aux hernies réductibles. Luton, Schwalbe, Heaton, ont proposé l'injection de liquide irritant afin de rétrécir l'anneau. Arnaud, le premier, traita les hernies irréductibles par le repos, les bains et les purgatifs. Il parvint ainsi à réduire une hernie scrotale volumineuse. Meyville, Tillaux, citent des cas semblables réduits par le repos et la compression, mais ces hernies ne sont pas guéries, et le malade doit porter un bandage.

Puis vint l'ère antiseptique. L'asepsie assurant la bénignité de l'opération, les procédés de cure radicale deviennent considérables. Loin de nous la pensée de les envisager

en entier, un volume n'y suffirait pas. Steele fut le premier, en 1873, à appliquer cette méthode, puis son exemple fut suivi par Riesel (1876), Czerny (1877), Max Schede, Socin (1878). Annandale, en 1876, pratique la laparotomie pour hernie scrotale volumineuse, cette technique est bientôt suivie par Lawson Tait et Kelley (1883). Citons à cette époque les travaux de Tuffier et de Hartmann (1887) sur les hernies du gros intestin, ainsi que la remarquable thèse de Mérigot de Treigny (1887). Différents procédés sont alors appliqués dans la cure des hernies inguinales volumineuses, nous les trouverons résumés dans la thèse de Poisonnier (1910) : procédés de Bennet (1891), Girard, Corbellini, Bottini, Thirion, Mac Ewen (1887), Trendelenburg, Schwartz, Poulet, Phelps (1894), Mauclaire, Morestin, Annandale, Barker, Nicaise, Terrillon, Lucas-Championnière, Bassini (1896).

Sur les hernies du gros intestin paraissent de nombreux ouvrages : Jaboulay (1899), Savariaud (1901), travaux pathogéniques de Ancel et Cavaillon, de Cavaillon et Leriche (1907). La thèse de Baumgartner, en 1904, et la publication de Lardennois et Ochynczyc, en 1909, sont des travaux de tout premier ordre. Gayet, au Congrès de chirurgie de 1910, se fit le défenseur du procédé de Lardennois, ainsi que Mathieu dans sa thèse en 1914. Cette même année, Leriche remet en honneur la laparotomie herniaire dans les hernies étranglées du vieillard. Quénu et Constantini reprenant la technique déjà préconisée par Julliard, publient leur ouvrage sur les résections intestinales. Plus récemment, citons les articles de Barthélemy (1925), de Huet et Blondin (1931) et de Cadenat (1928 et 1936).

II. — *Définitions.*

Nous entendons par « hernies scrotales volumineuses » des hernies dont le volume est au moins égal à celui de deux gros poings ou à celui d'une tête de fœtus.

Parmi ces hernies, certaines sont réductibles complète-

ment ou partiellement, c'est-à-dire qu'elles se laissent déprimer et arrivent presque à disparaître. Mais dès que la pression cesse, la hernie généralement ressort aussitôt à travers l'anneau très large; de telles hernies sont dites *incoercibles*. D'autres sont irréductibles, soit qu'elles aient « perdu droit de domicile » (J.-L. Petit), soit qu'elles aient contracté des adhérences naturelles ou inflammatoires.

Bref, les grosses hernies scrotales sont le plus souvent ou irréductibles ou incoercibles, c'est-à-dire que, sans causer toujours des accidents sérieux, elles sont cependant rebelles aux tentatives de réduction, et cela d'une manière permanente ou définitive.

Le terme de cure radicale consacré par l'usage tend à faire penser, dit Duplay, que l'opération est toujours suivie d'une guérison complète : c'est là une erreur, car il arrive quelquefois qu'elle permet seulement au malade de porter un bandage lorsque, depuis longtemps, sa tumeur était irréductible et entraînait des inconvénients et des dangers multiples. C'est avec cette réserve, exprimée par Duplay, que nous donnons le nom de « cure radicale » au traitement que nous préconisons pour les hernies scrotales volumineuses.

III. — *Considérations générales.*

A. — Fréquence et volume.

Ces hernies sont relativement peu fréquentes. Berger, qui observa 10.000 hernieux, ne releva que 50 hernies scrotales volumineuses.

Sur 137 cas que nous avons réunis, 30 fois la hernie descendait plus bas que mi-cuisse.

B. — Etiologie.

a) Causes prédisposantes.

Hérédité. — De nombreux auteurs insistent sur la notion d'hérédité. Malgaigne fait cette constatation 87 fois sur

316 cas. Berger 2.079 sur 7.542, soit 1 pour 3,6. Etant donné la fréquence de la hernie, il n'est pas surprenant de rencontrer plusieurs membres d'une même famille qui en sont atteints, néanmoins la hernie héréditaire existe. Dans nos observations, nous n'avons relevé que 5 fois des antécédents herniaires.

Age. — Les hernies scrotales volumineuses ne se rencontrent guère qu'à l'âge adulte; leur nombre s'accroît chez le vieillard. Notre statistique nous donne :

Jusqu'à 40 ans, 28 cas;
de 40 à 60 ans, 59 cas;
de 60 à 80 ans, 46 cas.

Profession. — Les professions pénibles nécessitant des efforts brusques et prolongés exposent les hernies à devenir énormes; la classe ouvrière et paysanne y paie un lourd tribut.

Dans 44 observations où la profession a été précisée, nous remarquons : 8 cultivateurs, 10 ouvriers, 5 manœuvres, 5 employés, 4 forgerons, 3 maçons, 2 aubergistes, 2 charretiers, 2 boulangers, 1 garçon de café, 1 fossoyeur.

Influence pathologique. — Affaiblissement de la paroi par l'effort continu auquel elle est soumise chez les pulmonaires chroniques, les constipés, les prostatiques.

b) Causes déterminantes.

Hernies congénitales avec sac préformé, persistance du canal vagino-péritonéal, vestige du canal vagino-péritonéal.

Effort violent

Mauvais bandages ou manque de bandage. — Une hernie de petite ou moyenne dimensions, qui n'est pas maintenue par un bandage ou qui l'est par un bandage défectueux, sort de la cavité abdominale au moindre effort, distend les parois du canal inguinal et s'habitue ainsi peu à peu à ne plus rentrer dans l'abdomen.

Dans 20 de nos observations, le malade était porteur d'un mauvais bandage ou l'avait abandonné.

Mauvaises réductions et récidives. — Nous en avons noté 10 cas.

IV. — *Anatomie pathologique.*

A. — Cavité abdominale et paroi.

Le sac herniaire étant formé par distension du péritoine, il en résultera une diminution de la cavité péritonéale. De plus, les organes abdominaux étant en grande partie sortis par le canal inguinal, les muscles de la paroi s'affaissent sur eux-mêmes, et les dimensions de la cavité péritonéale sont ainsi rétrécies. Ce rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur, d'où dépression de l'abdomen accusée surtout dans la région ombilicale, et tendance qu'ont les grosses hernies à devenir de plus en plus volumineuses. Quant à la paroi, elle est très souvent de mauvaise qualité : muscles déficients, ventre en besace des obèses ou à triple saillie de Malgaigne.

B. — Canal inguinal.

Les orifices inguinaux sont distendus en sens opposé. L'orifice superficiel s'agrandit par l'extrémité supérieure, il atteint ainsi parfois 5 et même 8 centimètres. L'orifice profond, au contraire, se distend en dedans et en bas, de sorte que, ces orifices augmentant leurs dimensions dans des sens diamétralement opposés, se trouvent vis-à-vis l'un de l'autre. Il est difficile de distinguer les hernies obliques externes et les hernies directes; souvent on n'a plus que des hernies directes. De plus, les orifices sont rapprochés, et on n'a plus de canal inguinal, mais un anneau inguinal avec une épaisseur d'un à deux centimètres.

C. — Le sac herniaire.

Certaines hernies ont un sac volumineux.

D'autres au contraire, sont dites « sans sac » ou « à sac incomplet »; nous étudierons cette disposition particulière au chapitre des hernies du gros intestin. Disons cependant qu'en réalité l'enveloppe séreuse a persisté en entier dans l'un et l'autre cas : une partie s'est modifiée par le processus d'accolement, une autre, située en haut et en avant, non accolée, a gardé l'aspect du péritoine : c'est à cette dernière qu'il faut réserver le terme de sac en y apportant la restriction précédente. Aussi la dénomination de hernie à sac partiellement ou totalement accolé semble-t-elle préférable.

Parfois le sac est aminci, le plus souvent, au contraire, il s'hypertrophie, s'épaissit, et sa surface se tapisse de fausses membranes, il devient irrégulier, il se produit une inflammation progressive qui crée des adhérences du contenant et du contenu. Sa couleur change, il est gris ou noir, infiltré de sang, quelquefois il y a formation de véritables plaques fibro-calcaires. Il existe parfois (Okinczyc) des brides fibreuses cicatricielles allongées suivant le grand axe du sac herniaire, créant de véritables sac accessoires ou diverticulaires. Ces vieux sacs très épaissis ont contracté de solides adhérences avec la fibreuse scrotale, la libération sera difficile, exposant aux hématomes.

D. — Contenu de la hernie.

Les hernies scrotales volumineuses contiennent toujours une grande partie du tube digestif intestinal et épiploon, particulièrement le grêle et le gros intestin, exceptionnellement nous y trouvons l'estomac, le duodénum et la vessie. Dans nos observations, nous avons relevé :

Intestin grêle, 52; gros intestin (sans précision), 27; côlon ascendant, 14; côlon sigmoïde, 14; cæcum et appendice, 23; côlon transverse, 3; épiploon, 35; estomac, 2; vessie, 3; kyste du mésentère, 1; tumeur maligne, 2.

a) Epiploon.

Soit réductible : Allongé, déformé, infiltré de graisse.

Soit plus souvent irréductible : l'épiploon s'est transformé en une masse solide, sorte de gâteau irrégulier, se moulant sur la hernie, parsemé de nodosités souvent volumineuses. L'inflammation aboutit à la formation d'adhérences fixant l'épiploon au pourtour du collet ou encore en quelque point du sac. Ces mêmes adhérences dans certains cas par leur extension forment une sorte de second sac dans lequel se trouve renfermé l'intestin.

b) Intestin grêle.

Il ne présente rien de particulier. Parfois des adhérences inflammatoires en forment un tout inextricable.

c) Gros intestin.

Scarpa, le premier, avait décrit ces hernies et en avait relevé le caractère essentiel : « hernies par adhérences charnues naturelles ». Mais son interprétation était mauvaise : il croyait que le gros intestin restait sous-péritonéal et avait glissé derrière ce péritoine. Lardennois et Okinczyc mirent bien au point la question.

1° Disposition générale du sac. — Il est d'usage courant de reconnaître trois dispositions : sac complet, sac incomplet, sans sac.

α. Sac complet : Le gros intestin est entouré de tous côtés par le feuillet péritonéal pariétal lisse. L'intestin flotte dans le sac comme du grêle et est réductible. Cette variété existe aussi avec un gros intestin mobile dans l'abdomen : cæcum, S iliaque, côlon transverse.

β. Sac incomplet, partiellement accolé. — Le sac d'origine péritonéale existe toujours, mais la portion herniée du gros intestin est accolée; seul l'aspect des feuillets péritonéaux change, leur signification persiste dans leur intégrité.

Le sac présente deux parties essentiellement différentes :

— L'une, qui représente la zone d'accolement du gros intestin et de son mésentère par leur face postérieure ou encore la zone d'insertion du méso.

— L'autre, qui est la portion libre du sac dans laquelle les feuillets péritonéaux non accolés ont gardé leur aspect. C'est le *sac* des auteurs classiques. Il en mérite la dénomination car il se continue avec la cavité péritonéale; il n'en a pas la signification car il n'est pas l'évagination du péritoine pariétal : il comprend un feuillet du péritoine pariétal qui se juxtapose à un feuillet du péritoine viscéral.

Les dimensions de ces deux parties sont inverses l'une de l'autre : la portion libre est para-intestinale, a de grandes variations de dimensions : tantôt simple diverticule du péritoine logé presque toujours en avant et en dedans de l'intestin, tantôt volumineuse, contenant des anses grêles et de l'épiploon ou se continuant avec la vaginale.

γ. *Sac complètement accolé.* — L'accolement existe sur tout le pourtour de la hernie; ce cas est très rare.

2° Adhérences du gros intestin dans la hernie :

α. *Adhérences naturelles anatomiques.* — Elles n'existent que dans les hernies où le sac est partiellement ou totalement accolé. Elles se présentent sous la forme d'une membrane charnue épaissie. Les vaisseaux nourriciers cheminent entre les deux lames du mésocôlon. Au niveau où le péritoine pariétal atteint l'intestin il y a une zone de clivage au niveau de laquelle, après incision, on arrive à décoller tout l'intestin sans avoir un seul vaisseau qui saigne. Ce décollement avasculaire facilitera l'opération en permettant la libération du gros intestin.

β. *Adhérences non naturelles, pathologiques.* — Elles consistent en exsudats inflammatoires, en brides épaisses, développées sous l'influence d'irritations diverses (typhlites, appendicite herniaire, diverticulites, sigmoïdite). La séreuse

est dure, épaisse, et, si la hernie est ancienne, la dissection devient laborieuse, même impossible; la résection, la castration, s'imposeront de ce fait.

d) Estomac.

Il est très rare, on le trouve surtout chez le vieillard. La hernie revêt deux types différents : hernie de la région pylorique et hernie médiogastrique.

e) Vessie.

La cystocèle se présente sous plusieurs variétés (obs. 15 et 59) :

α. *Extrapéritonéale.* — La face antérieure de la vessie, normalement dépourvue de péritoine, s'engage dans la hernie.

β. *Parapéritonéale.* — A la hernie extrapéritonéale est venu se juxtaposer un sac péritonéal situé plus ou moins latéralement, dans lequel peuvent descendre des anses intestinales. A la partie interne et postérieure du sac la paroi semble épaissie, plus vascularisée, la dissection est plus difficile, la vessie est accolée là à la paroi séreuse.

γ. *Intrapéritonéale.* — Ici tout se passe comme dans une hernie ordinaire, seul le contenu change.

La portion herniée de la vessie prend parfois la forme d'une gourde, réalisant l'aspect extérieur d'un diverticule de la hernie.

Enfin, nous mentionnerons la « hernie flottante » de Bréchot, constituée en dehors par du gros intestin, en dedans par la vessie, entre les deux, se trouve une anse grêle baignant dans du liquide.

V. — *Complications de ces hernies.*

1° La *peau* présente souvent des érythèmes, des excoriations assez étendues, des ulcérations, de l'intertrigo (obs. 5, 12). L'urine s'écoule en bavant sur cette énorme tumeur. Les excoriations peuvent être le point de départ de lym-

phangite et produire même un véritable phlegmon du scrotum. Souvent la peau devient épaisse, irrégulière, éléphantiasique.

2° Le *testicule* s'atrophie souvent ou est en ectopie dans les volumineuses hernies inguinales (obs. 92, 93, 94, 80, 23). Les relations conjuguales deviennent impossibles.

3° L'*hydrocèle* complique parfois ces hernies (obs. 111, 127).

4° La *péritonite herniaire* est très fréquente, le plus souvent subaiguë ou chronique, elle peut évoluer avec un retentissement nul ou presque nul sur l'état général et ne se révéler parfois que par des douleurs locales, des coliques, des alternances de constipation ou de diarrhée.

5° L'*épiploon* peut s'enflammer ou se tordre.

6° L'*appendicite* peut se rencontrer, aiguë, subaiguë ou chronique, de même la *sigmoïdite*.

7° L'*engouement*, d'après Berger, est le privilège presque exclusif de ces hernies. C'est plutôt de l'obstruction intestinale dans un gros intestin déformé au niveau duquel la circulation des matières est gênée. Cette complication a été relevée dans les observations 103, 104, 106, 110, 129, 130, 134.

8° L'*étranglement* : Dans ces grosses hernies, il y a deux sortes d'étranglement :

a) étranglement par le collet;

b) étranglement dans le sac par des brides et des adhérences.

9° *Complications exceptionnelles* : Contusion, kyste, néoplasme (obs. 22, 131).

VI. — *Diagnostic.*

Il faudra éliminer :

— l'hydrocèle;

— l'hématocèle;

— le kyste du cordon.

Quelle est la variété de hernie ?

Hernie funiculaire : Tout le scrotum est rempli, mais le testicule est indépendant.

Hernie testiculaire : Le testicule est perdu dans la tumeur.

Quel est le contenu ?

On se servira, pour le préciser, de la radiographie après lavement baryté et injection de liquide opaque dans la vessie.

CHAPITRE II

CONDUITE A TENIR CHEZ L'ADULTE

I. — *Indications et contre-indications.*

A. — Indications.

Doit-on opérer chez l'adulte bien portant les hernies scrotales volumineuses non étranglées ?

Il y a quelque trente ans, il était classique de n'opérer que les hernies non contenues par le bandage ou douloureuses. Berger hésitait avant d'opérer une hernie volumineuse : « Le volume excessif d'une hernie, dit-il, la dilatation des orifices herniaires, l'irréductibilité totale de son contenu, lorsqu'il est constitué par une grande partie d'intestin adhérent, et surtout lorsqu'on peut supposer que le côlon est compris dans la hernie, sont des conditions très fâcheuses qui peuvent équivaloir, dans certains cas, à une contre-indication véritable. » Même plus récemment, l'opinion courante était qu'en pareil cas, mieux valait s'abstenir : ces hernies, disait-on, « ont perdu droit de domicile dans l'abdomen », elles sont d'une cure difficile; le sac est adhérent, les hématomes des bourses ne sont pas rares, et même, si l'opération se passe correctement, la récidive est la règle.

Une formule semblable est beaucoup trop absolue : on

opère souvent, dit Cadenat, des hernies volumineuses à des malades auxquels une intervention a été refusée, on leur a conseillé de porter un bandage sous lequel leur hernie a continué à sortir; le plus souvent ils ont supprimé d'eux-mêmes ce bandage, et on ne pourrait le leur reprocher, car un tel appareil est moins un agent de contention que d'étranglement. Ne vaut-il pas mieux opérer ces malades en quelque sorte « à froid » plutôt qu'en crise d'étranglement ? Il est préférable d'intervenir avant que ne se complètent les phénomènes d'occlusion, augmentant les difficultés opératoires chez un malade encore plus fragile parce qu'en état de stercorémie.

L'examen de nos statistiques nous donne les résultats suivants :

Sur 88 hernies non étranglées opérées, nous relevons :

73 guérisons sans complications;
12 guérisons avec complications;
3 récidives;
3 morts.

Nous croyons donc qu'il est possible de tirer ces malheureux de la déchéance sociale où les plonge leur dangereuse et douloureuse infirmité. L'opération doit être tentée à condition que le sujet soit robuste et bien portant et que la hernie ne soit pas d'un volume excessif (jusqu'à mi-cuisse, par exemple). On dit peut-être un peu hâtivement de certaines d'entre elles qu'elles ont perdu « droit de domicile » dans l'abdomen. Les possibilités de l'abdomen sont plus grandes qu'on a parfois tendance à se l'imaginer. Même si le malade après la cure doit renforcer sa paroi déficiente par un bandage ou une ceinture, on lui aura rendu service en le débarrassant de cette sorte d'annexe et en le mettant à l'abri de l'étranglement.

L'opération n'est pas très difficile si l'on connaît quelques petits artifices de technique et qu'enfin la paroi peut être suffisamment solide si on sait la renforcer.

En cas d'étranglement l'intervention sera la règle, mais le chirurgien saura la proportionner à la résistance du malade (19 interventions : 14 guérisons, 5 morts).

B. — Contre-indications.

Certains cas ne doivent pas être opérés : ce sont ces hernies d'un volume excessif réalisant une véritable monstruosité, descendant jusqu'aux genoux et au-delà. Elles ne sauraient en effet être maintenues dans l'abdomen, mais ce sont là des cas exceptionnels, et les contre-indications tiennent beaucoup moins au volume de la hernie qu'à l'état général (obs. 2) :

Age. — Poncet disait qu'un malade, dès qu'il atteint 50 ans, ne doit plus être opéré. Actuellement, avec les progrès de la technique et de la chirurgie, cette limite peut être élargie.

Si nous consultons les observations que nous avons recueillies, nous constatons que, jusqu'à 65 ans, sur 107 interventions, il y a eu 99 guérisons et 8 morts, dont 5 pour hernies étranglées. Au contraire, à partir de 65 ans, sur 25 interventions, il y a eu 16 guérisons et 9 morts, dont 5 pour hernies étranglées.

C'est donc autour de 60-65 ans qu'il faut commencer à peser les chances de la cure radicale et se montrer réservé.

Maladies générales. — Les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies du cœur, le mauvais état des reins, les états cachectiques, le diabète, l'albuminurie, sont des contre-indications absolues. Chez ces malades, la déchéance organique contre-indique toute intervention, sauf urgence.

Obésité. — Tout obèse, a-t-on dit, est un malade inconscient. Après l'intervention, les complications seront fréquentes chez lui, souvent l'opération sera suivie d'insuccès, aussi est-il nécessaire de le préparer par un régime approprié.

II. — *Traitement opératoire.*

1° Soins préopératoires.

. Il est essentiel de préparer le malade avant l'intervention (obs. 12, 13, 30, 68, 70, 72, 96, 116, 120). On lui recommandera le repos au lit sans oreiller, et même le bassin légèrement relevé, ce qui décongestionnera la hernie, diminuera sa tension, assouplira le tissu périherniaire et facilitera la rentrée de la masse intestinale. Le régime alimentaire sera hypo-toxique, lacto-fructo-végétarien. On exonérera l'intestin par des laxatifs fréquents. Quelques auteurs font une légère compression, soit par un pansement, soit par un suspensoir. Chez l'obèse, il sera bon de prescrire une cure de jeûne. On assurera l'asepsie de la peau par de fréquents lavages. S'il y a lieu, on traitera l'hypotension, l'azotémie, la glycémie. L'avant-veille, le malade sera purgé à l'huile de ricin, puis laissé à la diète.

2° Anesthésie.

Dans nos statistiques, nous relevons :

8 rachi-anesthésies : pas de mort ni complications;
10 anesthésies chloroformiques : 2 morts;
8 anesthésies à l'éther : 1 mort;
6 anesthésies locales : 1 mort.

Nous proscrirons l'anesthésie par inhalation, par crainte des efforts de vomissements postopératoires ou des efforts de toux secondaires à une complication pulmonaire : aucune paroi ne résisterait à ces pressions.

La *rachi-anesthésie* sera le procédé de choix si le malade n'est ni un intoxiqué ni un hypotendu. On injectera lentement dans la région lombaire, après issue d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, de la scurocaïne, aux doses de 8 à 10 centigrammes, ou bien de la syncaïne, de la

stovaïne, de la novocaïne. « La rachi-anesthésie, dit Morestin, permet d'élargir les indications opératoires chez ces pitoyables infirmes pour lesquels l'avenir est gros de dangers. »

Si le malade est fatigué ou intoxiqué, on pratiquera une anesthésie régionale avec une solution de scurocaïne à 1/50 ou 1/100. Si elle est imparfaite, quelques centimètres cubes de chlorure d'éthyle ou d'éther suffiront à la compléter.

3° Position du malade.

Le malade sera mis en position inclinée, dite de Trendelenburg. Celle-ci permettra avec la plus grande facilité de débarrasser le champ opératoire des anses intestinales, de faire passer sans peine le contenu de la hernie dans l'abdomen sans ces manœuvres de brassage longues et assez choquantes (dans notre statistique, cette position fut relevée 17 fois).

4° Incision.

On pratiquera toujours une *hernio-laparotomie*, en ayant soin de faire la laparotomie première et non pas l'agrandissement du côté de l'abdomen d'une incision herniaire. L'incision cutanée sera donc assez longue, remontant haut sur l'abdomen, en dehors du bord externe du grand droit, les plans musculaires seront successivement incisés jusqu'au péritoine. Cette hernio-laparotomie a plusieurs avantages : elle permet de voir ce qui va de l'abdomen dans la hernie; elle facilite une réintégration partielle des anses; si le sac est très petit (hernies du gros intestin), celui-ci est généralement en haut et en avant, le chirurgien trouvera donc immédiatement et d'une façon presque certaine ce diverticule péritonéal.

Dans notre statistique, cette laparotomie fut pratiquée 43 fois sur 132 interventions.

5° Traitement du contenu de la hernie.

On cherchera le sac dans sa portion libre en dehors de l'intestin à gauche, en dedans à droite. Le péritoine abdominal sera ouvert en haut et en avant, avec la plus grande prudence, plan par plan, en le soulevant entre deux pinces avant de le sectionner. Le doigt insinué du côté de la hernie reconnaîtra aussitôt la portion libre du sac, qui sera ouvert sur toute son étendue. Il est impossible ainsi de blesser l'intestin. Le sac étant largement ouvert, son contenu sera vérifié.

Nous distinguerons ensuite deux cas, selon que la hernie est réductible en totalité ou que la hernie est irréductible.

A. — *LA HERNIE EST REDUCTIBLE EN TOTALITE*

Cette éventualité est la moins fréquente, nous en avons relevé 19 cas contre 45 irréductibles. On se trouve ramené au cas d'une hernie banale. Les viscères herniés seront réintégrés dans la cavité abdominale. L'épiploon, s'il est libre, sera réduit en entier, même s'il existe des cordons indurés qui ne sont pas enflammés extérieurement. La résection de l'épiploon ne se fera que si l'organe est profondément altéré. La résection portera en tissu sain, elle se fera après ligature en chaîne au catgut, en ayant soin de former des petits paquets. C'est en prenant ces précautions que les accidents ultérieurs seront évités.

La vessie sera réduite. C'est la méthode de choix. L'opération est souvent difficile, on doit, dans les cystocèles extrapéritonéales, décoller patiemment le péritoine pelvien et creuser une sorte de niche pour loger la vessie. Celle-ci pourra être fixée par une véritable cystopexie (Tuffier).

S'il s'agit de gros intestin libre, il sera bon de le fixer par un des procédés que nous étudierons au chapitre des hernies du gros intestin. Dans le cas de hernies du cæcum, l'appendice sera réséqué, s'il n'y a pas inconvénient à prolonger l'opération de quelques minutes.

B. — *LA HERNIE EST IRRÉDUCTIBLE*

Cette irréductibilité est généralement due soit aux adhérences inflammatoires, soit aux adhérences naturelles, soit à la perte du droit de domicile. Le traitement chirurgical est ici plus complexe et nécessite, pour être utile, des manœuvres prolongées et délicates; c'est une opération sérieuse.

a) Traitement des adhérences inflammatoires.

Le sac ouvert, le chirurgien peut se trouver en présence d'adhérences épiploïques ou intestinales.

Adhérences épiploïques. — Si elles sont minimes et faibles, elles seront sectionnées entre deux ligatures en raison des vaisseaux qu'elles renferment. Si les adhérences sont serrées, les ligatures seront placées assez haut dans l'abdomen, l'épiploon sera sectionné en haut. La partie adhérente sera enlevée par voie rétrograde; « le chirurgien, dit Cadenat, doit savoir que plus la résection épiploïque sera large, moins grandes seront les chances de récidive ». Cependant, il vaut mieux, pour ne pas compliquer l'opération, sectionner l'épiploon et laisser la partie adhérente dans le sac.

Adhérences intestinales. — Elles méritent la plus grande attention. Les adhérences récentes, fibrineuses ou cellulaires seront facilement décollées avec un instrument mousse. Les brides larges ou étroites, pourvu qu'elles soient longues, sont sectionnées, et leur traitement est relativement simple. Les difficultés apparaissent en cas d'adhérences courtes et larges lorsque l'intestin a fusionné sa paroi sur une étendue assez grande, soit avec le sac, soit avec une anse voisine. Les parois intestinales sont alors friables, altérées, et se perforeront facilement. On essaiera de libérer l'intestin en détachant la portion du sac auquel il adhère lorsqu'elle n'est

pas trop étendue et péritoniser ensuite par une suture des deux lèvres du sac; c'est la pratique recommandée par Tuffier. Mais lorsque les adhérences existent sur une large surface, agglomérant ensemble l'intestin, l'épiploon et le sac, la dissection apparaît absolument impossible ou aboutirait à une dépéritonisation de la surface intestinale dont la suture est tout à fait illusoire. C'est alors qu'il faudra envisager la possibilité de résections.

b) Traitement des adhérences naturelles du gros intestin.

La libération du gros intestin est le temps le plus délicat de l'opération. La technique opératoire doit être réglée d'après la connaissance exacte de l'anatomie pathologique. Nous savons que l'adhérence du gros intestin à la paroi postérieure du sac est un accolement secondaire. Les vaisseaux ont suivi l'intestin dans sa migration, étroitement appliqués dans leur feuillet mésentérique.

Dans ces hernies du gros intestin, la meilleure technique est celle de Lardennois-Okinczyc, défendue par Gayet : le sac ouvert en haut et en avant, il faut rechercher le plan de clivage du gros intestin. Cette recherche ne doit pas être l'effet d'un heureux hasard, il faut le rechercher là où il existe, c'est-à-dire au niveau du fascia d'accolement qui fusionne le feuillet pariétal postérieur (lame postérieure vraie du sac) au feuillet viscéral postérieur de l'intestin et du méso. Pour y arriver sûrement, il faut chercher tout d'abord, en remontant assez haut dans le ventre, dans la fosse iliaque le sinus externe formé par l'adhérence entre le feuillet viscéral de l'intestin et le feuillet pariétal. C'est là qu'il faut érailler de la pointe du bistouri la limite externe de la zone de coalescence. A ce niveau, le décollement est facile. Après avoir ouvert sous une simple pression du doigt le bon espace décollable, on arrive à individualiser le sac d'une part, l'intestin, son méso et ses vaisseaux d'autre part. Les vaisseaux sont à l'abri entre les deux lames du méso. Après avoir bien libéré l'intestin dans la totalité du sac il faut

prendre soin de pousser le décollement assez haut pour que, dans le temps suivant, c'est-à-dire la réduction, l'intestin ne puisse pas se couder.

L'opération n'est pas toujours aussi simple. Beaucoup de ces hernies ont présenté à un certain moment des symptômes d'inflammation, ont ajouté au processus normal de coalescence un processus pathologique. Dans ces conditions, le plan de clivage sera souvent difficilement trouvable, et tout se passera comme si réellement l'intestin était dépourvu de péritoine sur l'une de ses faces, le chirurgien risquera de léser les vaisseaux nourriciers de l'intestin. « Cependant, dit Gayet, il faudra toujours tenter l'amorçage du décollement. »

Dans les observations que nous rapportons, ce décollement fut pratiqué :

35 fois avec facilité;
5 fois avec difficulté;
8 fois il fut impossible.

Jaboulay et Patel préconisent la « mobilisation sous-péritonéale » de la totalité de la masse herniaire : le sac ouvert est refermé, puis, écartant les lèvres de l'incision, le doigt pénétrant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal décolle le péritoine pariétal comme pour une ligature de l'artère iliaque et continue de haut en bas dans la hernie, en ayant soin de se tenir en arrière des fascias d'accolement. Lorsque tout est achevé, le gros intestin devient libre, revêtu de tous ses feuillets péritonéaux, de son sac à proprement parler, et la réduction est en général très simple. Ce procédé facilite également la séparation avec les éléments du cordon spermatique dont le sacrifice est parfois jugé nécessaire pour simplifier l'intervention (obs. 6, 7, 52, 53, 63).

c) Réduction des organes libérés.

Les organes une fois libérés seront réintégrés par la méthode ordinaire. Le volume de la hernie, malgré la position de Trendelenburg, rend parfois ce temps assez pénible.

d) Fixation de l'intestin.

Si les organes sont simplement refoulés dans le ventre, il y a de fortes chances pour qu'ils recommencent à en sortir. Il y a lieu de compléter l'opération par l'une des techniques suivantes :

α. *Opération de Morestin.* — Elle consiste à faire une colopexie : le ventre ouvert, on attire l'intestin, et, par transparence, on regarde le méso, qui est toujours long; on le traverse dans une zone avasculaire par deux fils qui sont fixés au péritoine pariétal : colopexie par le méso.

β. *Opération de Lambret.* — On fixe le gros intestin à la paroi au niveau des bandes verticales en deux ou trois étages, en lui faisant décrire une anse qui s'opposera à sa descente ultérieure.

γ. *Opération de Savariaud.* — Elle consiste à ouvrir le sac, à constater qu'il s'agit bien d'une hernie du gros intestin, puis à refermer, et, après l'avoir décollé du scrotum, à le refouler complètement dans la fosse iliaque. Cette technique a l'avantage d'éviter chez des malades peu résistants un gros traumatisme opératoire.

e) Résections.

En pratique, les indications de l'entérectomie au cours d'une cure radicale de hernie non étranglée sont exceptionnelles. Cette question a été bien étudiée par Quenu et Constantini (1919) et tout récemment par Monod (1930).

Le chirurgien y aura recours :

α. Dans certains cas de hernies à contenu néoplasique ou kystique;

β. Dans certains cas de hernies à contenu tuberculeux, si la limitation et la forme des lésions s'y prête;

γ. Dans certaines hernies adhérentes :

— quand l'intestin est largement déchiré au cours de sa libération;

— lorsque, non déchiré, il est largement dépouillé de son revêtement séreux;

— lorsque, détaché de ses adhérences, il se présente recouvert de tissu fibreux cicatriciel emprunté à la paroi même du sac dont on l'a détaché;

— lorsque, sans adhérer avec le sac ou avec des adhérences limitées, une masse intestinale est agglutinée de telle sorte qu'elle se prête mal à une libération désirable;

δ. Dans les hernies qui ont perdu « droit de domicile » et où la réintégration n'est pas possible.

Cette opération est grave, il importe de ne pas réséquer plus de la moitié de l'intestin grêle.

Dans notre statistique, nous relevons, sur 9 résections pratiquées en dehors des complications herniaires (étranglement, gangrène de l'intestin), 5 guérisons et 4 morts. Le chirurgien ne la pratiquera donc que s'il ne peut faire autrement (obs. 22, 30, 54, 55, 108, 114, 130, 131, 132).

f) Hernies compliquées.

Etranglement. — En cas d'étranglement résistant plus de six heures à la morphine et à la glace, le chirurgien, si l'état du malade est satisfaisant, suivra la technique suivante (Patel) : débridement de l'anneau musculaire, puis mobilisation rapide de la tumeur herniaire et réintégration dans l'abdomen. Pratique excellente, rapide, évitant toute manœuvre péritonéale et qui est logique, bien qu'un peu aveugle, car l'étranglement véritable est rare : il s'agit de coudures de l'intestin, et il suffit de mobiliser pour faire cesser les accidents.

Toutefois, la réduction n'est pas toujours possible : il faut ouvrir la cavité séreuse du sac, l'explorer, voir la cause de l'étranglement. Celui-ci levé, le principal est fait; il faut aller vite, les manœuvres de libération seront abrégées.

La mortalité est ici plus élevée : sur 19 interventions pour hernie étranglée de l'adulte, nous avons relevé 14 guérisons et 5 morts

Si l'état général du malade n'est pas jugé satisfaisant, le chirurgien, afin de faire courir au patient le minimum de risque, pratiquera l'opération préconisée par Leriche et décrite au chapitre de la hernie étranglée du vieillard.

Appendicite herniaire. — Résection.

Sigmoïdite herniaire. — La guérison survient généralement après ouverture de la collection.

Epiploïte et torsion épiploïque. — Résection.

6° Traitement du sac.

Ces vieux sacs, dit Cadenat, sont très épaissis; ils ont contracté de solides adhérences avec la fibreuse scrotale, d'où danger d'hémorragie au niveau des points libérés. L'on sait combien sont désespérants ces hématomes, surtout lorsqu'ils se produisent dans un scrotum déjà distendu par une volumineuse hernie. On peut éviter ces hématomes très simplement en supprimant le temps de libération du sac et en laissant celui-ci dans les bourses. Il suffit donc de sectionner le sac au niveau du canal inguinal. La partie inférieure, scrotale, est abandonnée dans les bourses; il est même inutile de la fermer, car, au cas où un épanchement de sérosité voudrait se faire dans ce sac, il pourrait se résorber dans les espaces celluleux de la paroi. La partie supérieure, inguinale, libérée le plus haut possible jusque dans le ventre, sera fixée par *la manœuvre de Barker :* après avoir été fermée par un surjet au catgut, le moignon du sac étant lié avec un fil, les deux bouts de celui-ci sont conservés; chacun d'eux est passé sur chaque côté de l'anneau inguinal profond et traverse d'arrière en avant tous les plans de la paroi abdominale; les deux fils sont ensuite liés au devant du grand oblique. Cette manœuvre a pour but de rétrécir l'anneau inguinal profond, de supprimer l'infundibulum péritonéal et d'empêcher par ce moignon laissé en place la formation d'une nouvelle hernie. Cette manœuvre de Barker fut pratiquée 10 fois dans nos observations.

Quant à la section du sac, elle aura été faite comme s'il s'agissait d'une hernie congénitale, c'est-à-dire en incisant légèrement par sa face intérieure le péritoine pour le libérer du cordon. Encore ce temps sera-t-il infiniment plus simple que dans le cas de hernie congénitale, à cause de l'épaisseur même du sac.

7° Reconstitution de la paroi.

Ce point est capital. La meilleure méthode nous paraît être celle de Bassini. Dans nos statistiques nous relevons : 41 Bassini, 27 procédés plan par plan (sans précision), 5 sutures des piliers, 5 procédés de Lucas-Championnière, 3 fils d'argent, 3 tendons de renne, 1 fil de bronze, 1 procédé de Phelps, 2 procédés Huet-Blondin, 4 sutures perdues, 1 procédé de Wangensteen, 7 castrations. Si les récidives sont fréquentes, dit Cadenat, c'est que beaucoup d'opérateurs emploient de préférence au procédé de Bassini la technique qui consiste à placer le cordon en arrière de tous les plans. Cette manière de faire, avantageuse en ce qu'elle évite de libérer le cordon, peut donner de bons résultats dans les petites hernies. Au contraire, dans le cas qui nous occupe, elle doit être absolument proscrite. *Les récidives se font en effet toujours au niveau de la partie inférieure de la cicatrice.* C'est là qu'il faut fermer complètement. Or, cette oblitération ne peut se faire que si on laisse le cordon à sa place normale, c'est-à-dire en avant du plan petit oblique transverse, comme dans le Bassini. Il sera même parfois préférable de le placer devant le grand oblique, directement sous la peau, si la paroi est faible.

Pour reconstituer cette paroi, il nous faut des tissus solides et un bon point d'appui. Le « point d'appui » ne nous est pas toujours fourni par l'arcade crurale, bien que celle-ci soit, le plus souvent, suffisante; mais lorsque l'arcade crurale est déficiente il existe toujours au-dessous d'elle, sous la forme du puissant ligament de Cooper, des trousseaux

fibreux à l'épreuve de toute traction, sur lesquels, comme pour une hernie crurale, on viendra fixer... ce qu'on pourra.

Car c'est de ce côté, plans de la paroi, que le chirurgien ne trouve pas toujours une étoffe de qualité suffisante pour résister à la poussée abdominale. Cependant, en allant chercher le plan petit oblique transverse très loin, jusqu'au tendon conjoint, de manière à ramener un bourrelet musculo-aponévrotique gros comme le doigt, on a souvent l'impression que ce plan est déjà solide. Il ne faut guère compter, pour le renforcer, sur le grand oblique, car cette lame aponévrotique est amincie, dissociée, et l'on doit recourir à des procédés de dédoublement (redingote, plicature) pour en augmenter la résistance. C'est lorsqu'elle est aussi mince qu'il est bon, pour en diminuer la tension et faire un bloc solide, de la suturer derrière le cordon plutôt que devant celui-ci.

Quant aux fils à employer, les fils non résorbables sont souvent dangereux, car ils sont à l'origine de fistules parfois intarissables. Le catgut chromé sera souvent suffisant; s'il donne parfois des ennuis, au moins peut-on être sûr que tôt ou tard ils disparaîtront, et le plus souvent spontanément.

Avant de terminer l'opération, il sera prudent de mettre un petit drain à la partie déclive de la plaie.

TESTICULE ET CORDON

Dans une cure radicale le cordon spermatique apparaît comme un hôte encombrant, un « gêneur »; obligé de lui laisser suivre son chemin à travers les plans musculo-aponévrotiques, le chirurgien laisse de ce fait une cause importante de récidive. Le mieux serait, évidemment, de ne pas avoir à s'occuper du cordon et de le sectionner. La chose est permise lorsqu'il s'agit d'un malade âgé et consentant. Dans nos observations, nous en relevons 8 cas. Il n'est d'ailleurs pas indispensable en pareil cas d'enlever le tes

ticule, qui subira un sphacèle aseptique. La présence d'un testicule même atrophié est quelquefois appréciée du malade, et, d'autre part, l'ablation de l'organe obligerait à des manœuvres intra-scrotales semblables à celles que nous avons voulu éviter en laissant en place le sac. D'ailleurs, cette section du cordon est rarement indiquée, la castration est une opération qui répugne à beaucoup de chirurgiens et qui ne doit être faite qu'exceptionnellement. Mais ce qui est toujours indispensable, lorsqu'on conserve le cordon, c'est que la paroi soit reconstituée si complètement que le cordon soit très serré. Il ne résulte de cette striction (qui ne peut intéresser ni le canal déférent ni l'artère spermatique) aucun inconvénient sérieux susceptible d'être mis en balance avec la nécessité impérieuse de mettre le cordon à l'étroit pour faire une paroi solide. C'est aussi dans le but d'éviter la résection du cordon que Mauclaire a préconisé un temps complémentaire à la réfection de la paroi : la « cryptorchidie pelvienne artificielle ». Le testicule et le cordon sont attirés hors du scrotum et placés dans le tissu cellulaire lâche qui sépare la face profonde du petit oblique et transverse du péritoine (obs. 43, 116, 117).

LES AUTOPLASTIES

Quand les tissus de la paroi sont notoirement insuffisants, on a donné de nombreux procédés autoplastiques pour la renforcer : les uns utilisent les lambeaux musculaires taillés à même la paroi abdominale, les autres prélèvent leur élément autoplastique au niveau de la cuisse. Nous avons rejeté d'emblée les premiers, considérant qu'il est illogique, pour renforcer une zone déficiente, d'en affaiblir une autre; nous avons adopté parmi les seconds ceux qui emploient le *muscle couturier*.

La *myoplastie du couturier* est déjà ancienne. Diakonow l'aurait préconisée dès 1903. Mais la technique n'en a été véritablement réglée qu'en 1930 par Huet et Blondin. L'inci-

sion est celle qui est habituellement employée dans la cure ordinaire d'une hernie inguinale. La dissection du sac et de l'infundibulum péritonéal, ainsi que leur résection, ne présentent rien de particulier. La reconstitution de la paroi comporte la réfection des parois postérieure et antérieure du canal inguinal. A la *réfection de la paroi postérieure* sont employés les trois muscles larges de l'abdomen, suturés en arrière du cordon, qui repose à nu sur une triple paroi. A la *reconstitution de la paroi antérieure* est utilisé le muscle couturier.

A cet effet, l'incision est prolongée en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; puis, contournant celle-ci, elle descend obliquement sur la cuisse, en suivant jusqu'à sa partie moyenne le relief du couturier. On ouvre la gaine de ce muscle, et on l'en détache à l'aide d'un instrument mousse; au cours de cette libération, on reconnaît les éléments du paquet vasculo-nerveux. Ceux-ci doivent être respectés et sont disséqués suivant un trajet rétrograde.

On sectionne alors le couturier transversalement, au niveau voulu, en se souvenant qu'un muscle long se rétracte assez fortement; la longueur prélevée doit être supérieure à celle de l'arcade crurale. Ainsi libéré, le lambeau du couturier, qui ne tient plus que par son insertion iliaque et ses pédicules, est basculé autour de ceux-ci au-devant de la région inguinale. Le couturier appliqué de la sorte au-devant du cordon est maintenu dans sa nouvelle situation en suturant son bord supérieur au grand oblique et son bord inférieur à l'arcade. Dans ces conditions, le cordon sort de l'abdomen entre deux plans musculaires qui constituent une paroi inguinale solide et contractile.

Cadenat conseille de prélever sur la cuisse un *fragment du « fascia lata »*; pour que ce greffon ne se déplace pas, il l'interpose entre les deux plans de la paroi. En prévision de cette greffe, il place sur l'arcade crurale (ou sur le ligament de Cooper, lorsque l'arcade est déficiente) des fils doubles, comme pour la hernie crurale. L'un des fils fixe le plan

petit oblique transverse, l'autre maintient le bord inférieur du greffon, dont le bord supérieur sera fixé plus haut au plan profond.

8° Soins postopératoires.

Pansement. — Si le malade a été opéré à l'anesthésie locale ou rachidienne, et s'il ne vomit pas, il suffit de maintenir sur la plaie, au moyen d'un leucoplaste, quelques compresses. Dans le cas contraire, ou si le malade tousse, il est bon de renforcer ce pansement par une large bande Velpeau bien serrée. Enfin, et bien qu'un hématome des bourses ne soit guère à redouter avec la technique que nous avons indiquée, il sera bon, par excès de prudence, de remonter fortement les bourses au moyen d'un suspensoir bien ouaté.

Repos après l'opération. — Un repos prolongé est nécessaire après l'opération. Si, au bout de douze jours, la plaie est habituellement guérie, on laissera cependant le malade trois semaines au lit, puis un mois au repos. Pendant les six semaines qui suivront, le travail sera modéré. Il faudra au moins un mois et demi pour que l'opéré puisse reprendre ses anciennes occupations.

Faut-il porter un bandage après l'opération ? — Le port d'un bandage sera utile si le malade fait un travail pénible et seulement pour quelques mois. Toutefois un bandage permanent sera nécessaire dns les cas où les conditions de la cure radicale auront été mauvaises ou défavorables. C'est encore affaire de malades et de variétés de hernies.

Parmi nos observations, nous avons relevé :

3 bandages permanents;
8 bandages temporaires.

9° Complications opératoires et postopératoires.

Les *complications opératoires :* les plus graves consistent dans la blessure de l'intestin ou des vaisseaux, l'entérectomie devient alors nécessaire. Les déchirures des éléments du cordon entraînent la castration.

Parmi les *complications postopératoires*, il faut citer les suppurations diffuses et prolongées dues à des hématomes et aux décollements étendus qui ont été nécessaires; elles sont souvent gazeuses et acquièrent parfois une haute gravité (embolie, broncho-pneumonie).

Dans nos statistiques, nous avons relevé les complications suivantes : 1 muguet, 2 hématomes, 5 complications pulmonaires, 3 suppurations diffuses et péritonites, 1 rétention d'urine, 1 phlegmon des bourses, 1 suppuration de l'épididyme, 2 épanchements vaginaux, 1 gangrène scrotale, 1 œdème des bourses, 1 embolie, 1 shock opératoire, 1 cardio-pulmonaire.

III. — *Traitement non opératoire.*

En cas de contre-indication opératoire, le malade portera un bandage ou un suspensoir.

(Voir hernie non étranglée du vieillard.)

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR CHEZ LE VIEILLARD

I. — *La hernie est étranglée.*

Chacun sait que les grosses hernies inguinales du vieillard sont très exposées à des crises d'étranglement (sur 27 hernies volumineuses après 65 ans, nous relevons 13 étranglements). Bien souvent, il s'agit de l'antique engouement dû aux adhérences plutôt que de l'étranglement. Mais souvent les accidents ne s'arrêtent pas, il s'agit alors d'une incarcération vraie, généralement par le collet, et la règle est formelle, il faut intervenir sans retard. L'intervention est très grave; sur 11 kélotomies suivies de cure radicale par voie inguinale, nous avons relevé 5 morts et 6 guérisons.

Cette gravité tient non seulement à l'état général des malades, mais surtout à la difficulté locale de l'intervention. En effet, dans les mêmes conditions d'âge, la hernie crurale étranglée, si facile à opérer vite et bien, n'a qu'une mortalité insignifiante, presque nulle. De plus, en se bornant à tamponner la plaie sans faire de suture cutanée, comme le recommandait Poncet, on évite presque à coup sûr l'épisode pulmonaire et les malades guérissent lentement mais sûrement.

Etant donné que le danger vient des difficultés de libération de l'épiploon et de la dissection laborieuse du sac, il faut chercher à respecter l'épiploon et le sac, se borner à lever l'agent de l'étranglement sans s'acharner à entreprendre une cure radicale que l'on sait pouvoir être dangereuse.

Cela n'est pas possible si l'on intervient par la voie inguinale, la kélotomie commencée par la face externe du sac doit fatalement se poursuivre en suivant les règles habituelles, c'est-à-dire aboutir à la résection complète du sac. « Si donc on veut simplifier l'opération, il faut renoncer à passer par la voie naturelle et prendre délibérement la hernie par le ventre. » (Leriche.)

Voici la technique que conseille cet auteur :

1° Epreuve de Leriche. — Lorsqu'on amène le malade en pleine crise, il ne faut pas opérer tout de suite, il s'agit généralement d'étranglement passager, d'engouement. Le malade sera mis en position déclive, on placera de la glace sur la tumeur et on lui fera un peu de morphine. On attendra ainsi six à sept heures et si, sous l'influence de ce traitement (obs. 5) le malade rend des gaz, on n'opérera pas.

2° Opération de Leriche (obs. 135-136). — Mais si, malgré ce traitement, les signes de l'étranglement persistent, il faudra opérer. Après anesthésie rachidienne, on pratiquera une hernio-laparotomie sous-ombilicale; il sera facile d'aller repérer l'anneau inguinal, d'examiner au grand jour ce qui passe dans le sac et d'attirer hors de celui-ci l'anse étranglée. Si l'anse tient, on débride l'orifice en l'incisant à ciel ouvert et en coupant au besoin la paroi jusqu'à lui. L'anse incarcérée est alors rentrée dans le ventre. Ici, un point de détail qui a son importance : dès que l'anse incarcérée rentre dans le ventre, un flot de liquide sanguinolent afflue dans la cavité péritonéale. La pratique montre qu'il ne se produit pas de péritonite généralisée, cependant il est prudent de recueillir ce liquide sur des compresses en épongeant le plus possible. Le reflux de liquide dans l'abdomen n'est pas une faute opératoire qui soit susceptible de faire abandonner ce procédé qui, par ailleurs, a de très sérieux avantages.

S'il s'agit d'une hernie du gros intestin, la laparotomie est encore plus utile et nécessaire; elle permet de décoller

la séreuse dans le plan embryologique, et ceci ne peut se faire que par l'abdomen.

Pour terminer, on pourra, par un point de catgut, oblitérer le sac en accolant ses marges au paquet épiploïque qui le franchit. On laissera donc en place l'épiploon et le sac auquel il est intimement adhérent. Il ne reste alors qu'à refermer la paroi en trois plans sans drainer. Après l'opération, on aura soin de mettre un suspensoir et on sera surpris de trouver en général flasque et molle la bourse auparavant distendue et luisante. Cette opération est très simple, elle ne demande que quelques minutes. Leriche a répondu d'avance aux objections qui se présentent à l'esprit : l'intestin n'est presque jamais sphacélé, l'étranglement est le plus souvent fait par l'anneau et non par adhérence intraherniaire; le liquide qui s'écoule du sac n'est pas septique, le fait de laisser le sac en place n'est pas dangereux et les malades restent guéris avec un scrotum distendu.

En opérant ainsi, on réduit donc l'acte opératoire au minimum indispensable, le temps essentiel consistant chez ces vieillards à lever l'étranglement. Ce que vise le procédé abdominal c'est justement à supprimer la nécessité de la cure radicale, c'est-à-dire de la libération épiploïque, de la dissection du sac, parce que ce sont des manœuvres difficiles et dangereuses; c'est à cause de cela que la hernie étranglée du vieillard est chargée d'une lourde mortalité.

En opérant les malades selon la technique de Leriche, on les guérit non de leur hernie, mais de l'étranglement qui mettait leur vie en danger.

II. — *La hernie n'est pas étranglée.*

L'intervention faite sur les vieux hernieux a toujours un caractère de réelle gravité. Leur état général est souvent déficient, leur résistance est amoindrie, les complications pulmonaires fréquentes. Il y a d'habitude dans leur hernie un volumineux paquet d'épiploon largement adhérent qui

encapuchonne par en haut l'anse grêle. Cet épiploon est en symphise étroite avec le sac, la libération en est toujours longue et pénible, souvent des franges épiploïques sont enfermées dans des diverticules sacculaires d'où il est difficile de les déloger. Tout cela ne s'accomplit pas sans faire saigner beaucoup, et l'hémostase exige de nombreuses ligatures épiploïques; de plus, une fois que l'épiploon est dégagé et l'obstacle levé, la dissection nécessaire d'un sac volumineux et adhérent vient prolonger une intervention déjà trop longue de tout le temps exigé par une libération ennuyeuse suivie d'une minutieuse hémostase.

Aussi les résultats sont-ils médiocres de ces interventions chez les vieillards. Nos statistiques nous montrent que, sur 12 cas d'interventions pour hernies non étranglées à partir de 65 ans, il y a 4 morts et 8 guérisons. Il convient donc, à partir de cet âge, de ne pas opérer ces hernies scrotales volumineuses du vieillard (obs. 5, 115).

III. — *Bandages.*

On se contentera, pour les hernies volumineuses réductibles, à orifice très large, de faire porter au malade un bandage à pelote triangulaire terminée par un bec de corbin qui s'applique sur le pubis et empêche la descente de la hernie dans les bourses. Un sous-cuisse part de cet angle inférieur de la pelote, traverse le périnée et va se fixer au bandage du côté opposé à la hernie qu'il s'agit de maintenir.

Dans les hernies irréductibles volumineuses un grand suspensoir élastique sera seul de mise.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation 1 (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

S... (Robert), 55 ans, boulanger. Entre à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, service de M. le Professeur Guyot, salle 27 *bis*, lit 25, le 8 juin 1936.

Ce malade est adressé par le Docteur Noguez, de Bordeaux. Il est porteur d'une grosse tumeur des bourses, côté gauche.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq ans, apparut à la racine de la cuisse gauche une tumeur indolore, réductible, grosse comme un œuf de pigeon. Elle augmentait de volume dans l'effort et la station debout. Progressivement, elle grossit, descend dans les bourses. Il y a six mois, la tumeur devient tendue, douloureuse, pesante et irréductible.

Antécédents. — A 4 ans, le malade eut le croup à la suite duquel il est resté enroué (on lui aurait cautérisé les cordes vocales au nitrate d'argent). Il a fait son service militaire pendant lequel il fut opéré d'un varicocèle. Pas d'antécédents syphilitiques, pas de chancre initial, ni céphalées, ni angoisse. Cependant son B. W. est +.

Femme bien portante, pas de fausses couches.

Deux enfants vivants et bien portants.

Père mort de congestion pulmonaire.

Mère morte à 81 ans.

Examen (le 10 juin 1936) :

Inspection : On constate au niveau de la bourse gauche une tumeur du volume d'un poing. La verge n'est pas avalée par la tumeur. La peau est distendue, luisante, pas d inflammation ni de circulation collatérale. Une poche descend vers le périnée, un peu indépendante de la tumeur (testicule). On note un petite cicatrice à la partie antéro-interne et supérieure de la bourse droite.

Palpation : Tumeur régulière, remplissant la bourse; la consistance est égale, partout la même, la tumeur est tendue, fluctuante un peu pyriforme vers le bas. Elle remonte dans la région inguinale, il y a là un gros pédicule à la racine des bourses. En arrière : intertrigo. On constate que la tumeur présente deux parties : une supérieure, rénitente; une inférieure, le testicule, de volume plus considérable que celui du côté opposé; il y a là une petite hydrocèle, on ne peut pincer l'épididyme ni la vaginale.

Percussion : La tumeur est mate, sauf un peu en haut.

Réductibilité : Impossible spontanément et artificiellement. Pas de gargouillement. L'épreuve de la translucidité montre que la tumeur inférieure est nettement translucide alors que la tumeur supérieure est opaque.

Abdomen : Ventre tendu et gros.

Examen des autres appareils :

Pulmonaire : pas d'antécédents. Thorax large. Toux légère, ne crache pas. Rien à l'auscultation.

Cardiovasculaire : Bruits normaux.

Tension artérielle : Mx, 17; Mn, 12; Io, 3; urée, 10,50.

Digestif : Appétit normal, cependant un peu de dégoût pour la viande et les graisses.

Etat buccal peu satisfaisant (manque de dents).

La profession du malade l'oblige à boire 1 l. 1/2 de vin par jour, pourtant il ne présente pas de signes nets d'alcoolisme : pas de pituites matutinales, pas de tremblements ni de zoopsies.

Appareil urinaire : Albumine, 0 g. 04; glucose, 0; acétone, 0.

Le malade présente de la pollakiurie : 10 à 12 mictions par jour et 2 la nuit. Pas de douleurs vésicales. Système nerveux : R à S.

Etat général : Le malade jouit d'une bonne santé, facies bien

coloré. Pas de température. Voix enrouée ayant motivé un examen de spécialiste.

Diagnostic du contenu de la hernie.

La radiographie après ingestion de bouillie barytée a montré dans la hernie une anse semblant reliée par un mince pédicule au côlon descendant.

Un lavement opaque a montré un prolongement du gros intestin dans la hernie.

Une injection de liquide opaque dans la vessie a montré que celle-ci ne descendait pas dans la tumeur.

Le malade fait dans le service une broncho-pneumonie et décède le 26 juin 1936.

Observation 2 (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

G... (Gaston), 58 ans, charretier. Entre à l'Hôpital Saint-André le 24 mars 1936, salle 31, lit 23.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à 1927. En soulevant un sac de 50 kilos, le malade fait un faux pas, et dans un violent effort pour rétablir son équilibre il ressent une vive douleur dans le sillon génito-crural, mais n'en continue cependant pas moins son travail. Le soir même, il éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre, continues, exagérées à la marche, qui devient très pénible, et obligent le malade à se courber en deux. Il reste au repos pendant une période de quatre ou cinq jours, puis il reprend son travail.

En 1934, il éprouve une nouvelle douleur sous forme de tiraillements siégeant au même niveau que précédemment. A l'examen de la région, il découvre une petite tuméfaction molle grosse comme une petite noix et réductible à la pression.

Le malade, sur les conseils de son médecin, le docteur Molinier, se munit d'un bandage (pelote) et continue à travailler.

Peu à peu, la tuméfaction grossit et le bandage se révèle insuffisant à sa contention, obligeant le malade à porter un suspensoir. A cette époque, la hernie atteint à peu près le volume actuel.

Le 24 mars 1936, dans la journée, a fait un travail particulièrement pénible (déchargement de 30 tonnes de plâtre). Il rentre chez lui sans présenter aucune fatigue ni gêne abdominale particulière.

Dans le courant de la nuit du 21 au 22 mars, il est réveillé subitement par des douleurs très violentes siégeant dans tout l'abdomen et comparées par le malade à une crise de colique. Le ventre est ballonné, dur, contracté. Il est pris en même temps de nausées et d'éructations. Les douleurs rétrocèdent un peu par intermittence pour reprendre leur violence quelque temps après. Vers 5 heures du matin, il est pris, à la suite de nausées plus violentes, de vomissements d'abord bilieux puis verdâtres, suivis plus tard d'un vomissement marc de café un peu spumeux. Les douleurs cessent.

A la suite de cette crise, le malade présente jusqu'au 24 mars une constipation opiniâtre rebelle à tout traitement.

Il est dirigé le 24 mars sur l'Hôpital Saint-André où il rentre dans le service de M. le Professeur Guyot avec le diagnostic de hernie étranglée.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 44 ans d'un coup de pied de cheval dans les organes génitaux.

Mère morte à 35 ans d'érysipèle.

Antécédents personnels. — Ne présente aucune maladie pendant son enfance. Pris bon au service militaire. Réformé au corps en 1901 à la suite d'une hernie inguinale droite survenue deux à trois jours après une chute sur les fesses.

Opéré à l'hôpital militaire de Tarbes.

Antécédents collatéraux. — Deux frères, une sœur, mariés, bien portants.

Examen (le 25 mars 1936) :

Inspection : On constate la présence d'une cicatrice inguinale droite. A gauche, énorme distension de la bourse, qui descend presque jusqu'à mi-cuisse, d'un diamètre égal au poing. La peau est tendue, mince, lisse, présentant des varicocèles.

Abdomen : Ventre obèse, ombilic en puits, pas de circulation collatérale.

En position debout, la hernie gauche n'augmente pas de volume.

Palpation : Volumineuse tumeur, dure, indolore à la pression. Subissant un léger durcissement à la toux mais pas d'impulsion. Au niveau de la cicatrice droite, on constate l'existence d'une récidive sous forme d'une tuméfaction molle, rénitente à la partie supérieure de la bourse. Impulsion à la toux. La réduction se fait partiellement pour la hernie gauche et totalement pour la droite.

Rapports avec les organes voisins : Testicule et cordons droits sont bien perçus. Testicule gauche refoulé à la partie inférieure de la bourse, on sent le cordon qui occupe une situation postérieure.

Percussion : Sonorité de la tuméfaction se continuant presque sans ligne de démarcation avec la sonorité abdominale.

Transillumination de la zone testiculaire.

Examen des autres appareils :

Digestif : Langue saburrale. Selles régulières depuis le 24 mars. Paroi abdominale souple, pas de points douloureux. Pas de gargouillements. Foie normal, non douloureux. Sonorité normale. Rate non percutable.

Pulmonaire : Pas d'antécédents. — Rien à signaler à la palpation, percussion, auscultation.

Cardiovasculaire : Choc apexien difficilement perçu. Bruits normaux. Tension artérielle : Mx, 18; Min, 6; Io, 3,5. Pouls à 84, bien frappé, dur, non dépressible.

Etat général : Bon, pas de température (à son entrée : 37°4; actuellement : 36°5).

Conjonctives subictériques. Arc sénile de la cornée.

Examens de laboratoire :

Urines :

Albumine, 0;
Sucre, 15, 20 grammes;
Acétone, 0,05.

Sang :

Azotémie : 0 g. 70;
B.-W., Meinicke, négatifs.

L'état général du malade n'étant pas satisfaisant, l'intervention n'a pas été pratiquée.

Observation 3 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.).

B... (Faure), 70 ans, cultivateur à Pompignac. Entre à l'Hôpital Saint-André, salle 27 *bis*, le 25 janvier 1936.

Histoire de la maladie. — Le malade était porteur, depuis une vingtaine d'années, d'une hernie inguinale droite. Pendant douze ans, le malade porte un bandage, puis il le quitte. La hernie augmente progressivement de volume; elle est toutefois réductible et ne gêne pas le malade.

Le 22 janvier 1936 au soir, le malade ressent au niveau de la tumeur des douleurs sous forme de coliques. La hernie est peu douloureuse à la palpation et encore réductible. Le malade dort mal. Le lendemain matin, les coliques reprennent, la hernie ne peut plus être réduite et devient plus douloureuse au toucher. Pas de selles. Deux jours après, les douleurs sont plus fortes, le malade vomit un liquide verdâtre. Son médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Examen (le 25 janvier 1936). — Les douleurs spontanées ont cessé. Le malade est fatigué; pas d'état nauséeux. Température, 37°4. Pouls à 74.

Localement, on constate au niveau de l'aine droite une volumineuse hernie descendant dans les bourses, du volume d'un gros poing. La tumeur est douloureuse à la palpation, réductible et sonore.

Appareil cardiovasculaire : Bruits du cœur un peu soufflés. Pointe en place normale. Tension artérielle : Mx, 16; Mn, 8; Io, 4.

Le 29, appareil pulmonaire : Le malade tousse un peu, quelques crachats. A l'auscultation : En avant, râles sibilants, rhoncus, expiration prolongée et soufflée. En arrière, gros râles de bronchite.

Appareils génito-urinaires : Albumine, 0,04.

Appareils digestif et nerveux, rien à signaler.

Intervention (le 25 janvier 1936), par le Professeur Guyot. — Volumineuse hernie apparaissant constituée par de l'intestin grêle, à paroi épaissie, à mésentère rétracté et avec fusion des anses intestinales entre elles. Résection du sac, qui est très épais, adhérent. Cure de la hernie avec points profonds par le procédé de Bassini.

Suites opératoires. — Le 30, foyer de broncho-pneumonie.

En arrière : A droite, matité, vibrations bien transmises, râles sous-crépitants; souffle; à gauche, submatité, gros râles.

Mort le 3 février 1936 de broncho-pneumonie.

Observation 4 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

L... (Emile), 51 ans, sabotier à Castres. Entre à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, salle 27 *bis*, lit 18, le 23 juillet 1935.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 10 ans, le malade s'est aperçu qu'il était porteur d'une tumeur au niveau de la région inguinale droite sans qu'il ait pu invoquer un effort à son origine. Le malade consulte son médecin, qui lui prescrit le port d'un bandage.

A l'âge de 30 ans, il apparaît une tumeur semblable à gauche, mais celle-ci disparaît au bout de deux ans sous l'influence du bandage. La tumeur droite grossit peu à peu. Le 23 juillet 1935, le malade change de bandage, l'ancien étant usé. A partir de ce moment, sa tumeur devient irréductible. C'est la raison pour laquelle son médecin l'a envoyé dans le service.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance. Congestion pulmonaire en 1924.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants.

Examen (le 24 juillet 1935). — Etat général excellent.

Inspection : Au niveau de la région inguinale droite, on aperçoit une volumineuse tumeur descendant jusqu'au fond des bourses et large d'un travers de main.

Palpation : Tumeur indolore, irréductible; pas d'impulsion à la toux, ne se laissant pas séparer des éléments du cordon.

Percussion : Matité.

Appareil digestif : Abdomen souple, indolore. Langue saburrale. Selles normales.

Appareil cardiovasculaire. Pouls à 90 bien frappé. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 8; Io, 2.

Appareil pulmonaire : Quelques râles sous-crépitants aux bases.

Urines : Glucose, 14 g. 10. Présence d'urobiline. Traitement. Puis : Glucose, 0; urobiline, 0.

Opération (le 9 août 1935) par le Docteur Courriades. Cure radicale.

Anesthésie rachidienne.

Incision de 15 centimètres.

Ouverture du sac complet de l'intestin grêle. Epiploon adhérent. Section des adhérences. Résection du sac. Barker. Bassini : Guérison.

Exéat le 24 août 1935.

Le malade n'a pu être revu.

Observation 5.

(Professeur Guyot, *Progrès médical*, n° 16, 18 avril 1936, p. 646.)

Clinique chirurgicale : Sur un malade atteint de volumineuse hernie inguinale.

Homme de 78 ans, exerçant la pénible profession de terrassier. Entré depuis douze jours dans le service pour une volumineuse tumeur scrotale. Il avait deux frères qui sont morts : l'un, de la variole, et l'autre, blessé pendant la guerre, est mort de ses blessures dans une ambulance.

Son histoire n'est pas très chargée. Il a eu un accident à l'âge de 66 ans qui a déterminé des lésions, dont je vous parlerai dans un instant, du côté du membre inférieur gauche.

A part cet accident, cet homme se portait très bien. La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital, a commencé à l'âge de 2 ans : ses parents constatèrent, dans la bourse du côté gauche, une petite tumeur, qui fut réduite. Cette hernie ne sortit plus et au moment de la conscription il fut pris bon et accomplit sans arrêt son service militaire.

Ce n'est qu'à l'âge de 26 ans que, faisant un effort violent, il vit apparaître dans la région inguinale gauche une tumeur grosse comme le poing qui rentrait et sortait, ce qui ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Peu à peu, insensiblement, sans accident, sans gêne notable et sans douleur, la tumeur grossissait. A l'âge de 30 ans, il alla consulter un médecin qui lui ordonna le port d'un bandage qu'il porta pendant plusieurs années, puis ce bandage ne maintenant plus sa hernie, il l'abandonna; à partir de ce moment, la hernie rentrait et sortait tous les jours. Il n'y a que depuis cinq ans que cette hernie ne rentre plus spontanément et que le malade ne peut la faire rentrer dans le ventre, comme il le faisait autrefois.

Il y a trois semaines environ, il a été pris brusquement de douleurs, nausées, de vomissements opiniâtres. Son médecin a diagnostiqué un étranglement herniaire et l'a dirigé sur la Clinique chirurgicale où il est couché salle 31, lit 13.

Avant d'aborder l'examen de la tumeur, il présente un pied bot traumatique du type varus équin, avec des troubles très nets de la peau, dont l'aspect n'est plus normal; il existe, en effet, sur le dos du pied et le tiers de la jambe, une tache brune, très étendue, sans poils, d'aspect lisse, comme on en trouve chez les malades qui vont avoir un ulcère variqueux.

L'examen clinique, confirmé par la radiographie, montre qu'il y a fracture bimalléolaire incomplètement réduite avec subluxation de l'astragale.

Examen. — Découvrant le malade, notre attention est tout de suite attirée par une volumineuse tumeur scrotale, tumeur dont les dimensions verticales et transversales sont considérables.

Cette tumeur présente, au point de vue de sa configuration générale, un aspect arrondi, lisse, régulier, sans circulation vei-

neuse collatérale, mais avec une altération très profonde de la peau, à sa partie supéro-externe où il existe une surface où celle-ci a un aspect cicatriciel dont la coloration blanc mat et l'état glabre tranche sur la peau du voisinage qui a ses caractères normaux.

Si nous regardons plus attentivement le scrotum, nous constatons que le raphé médian est complètement dévié du côté droit. Il y a là une déviation très marquée du raphé médian, qui n'est plus médian mais latéral et qui divise le scrotum en deux parties tout à fait inégales : une partie gauche très volumineuse, énorme, et une partie beaucoup plus réduite qui paraît rejetée à droite.

Enfin à la partie supérieure du raphé médian, on aperçoit une sorte de repli falciforme de la peau, légèrement humide, qui est l'orifice préputial. A cet endroit, si on enfonce la peau dans la profondeur, comme vous le voyez, on se rend compte que la verge est vraiment avalée par le revêtement cutané de la tumeur dont le volume est tel qu'elle a emprunté la peau du voisinage. La verge est cachée; elle n'apparaît qu'artificiellement.

En examinant la tumeur scrotale, vous voyez tout à fait en bas deux petites saillies, une très évidente à gauche qui fait nettement saillie et une autre que l'on devine simplement, sur le bord interne de la cuisse droite. Ces deux petites saillies, d'aspect ovoïde, sont ses deux testicules refoulés mais non englobés dans la masse : la palpation confirme cette notion, nous permettant de déceler la sensibilité particulière de la glande génitale.

Si nous mesurons la tumeur, nous constatons qu'elle a 32 centimètres de hauteur, 30 centimètres de largeur et 56 centimètres de circonférence. Ces chiffres suffisent pour montrer qu'il s'agit là d'une de ces masses énormes constituant une tumeur de volume exceptionnel et qui pose, comme je vous le dirais dans un instant, certains problèmes thérapeutiques sur lesquels je désire attirer votre attention. Donc tumeur scrotale volumineuse refoulant les testicules en bas, verge complètement avalée et refoulée du côté droit, tumeur qui recouvre la face interne des cuisses jusqu'au niveau du tiers inférieur; enfin tumeur qui paraît se prolonger en haut au niveau de la région inguinale gauche où se trouve son pédicule. En l'examinant de plus près on constate que la tumeur

présente deux parties : une partie scrotale, de beaucoup la plus volumineuse, et une autre partie inguinale gauche.

Si nous comparons les deux régions inguinales, nous voyons que le côté droit est affaissé tandis qu'à gauche il y a une saillie très nette dont l'axe correspond au trajet inguinal. Lorsque le malade est debout, la tumeur descend encore davantage et arrive presque au niveau de l'extrémité inférieure des cuisses des deux côtés.

A la palpation, nous notons une température normale, pas d'œdème de la peau; indolence complète.

Comme consistance, tumeur molle régulièrement, ayant partout la même consistance; pas de masse dure.

Si vous soulevez la tumeur, vous constatez tout de suite, comme toujours dans ces grosses tumeurs, de l'intertrigo, qui est le fait de la transpiration; il s'étend sur la face interne des cuisses et jusqu'au niveau du périnée.

Je vous signale cet état de la peau qui réalise des conditions très défavorables au point de vue opératoire.

A la percussion, la tumeur est partout sonore, et à certains endroits la sonorité a un timbre très élevé; l'examen à la lumière est absolument négatif; pas la moindre transillumination quel que soit le point du scrotum où l'on se place.

Même en faisant des pressions prolongées et répétées, la masse n'est nullement réductible.

Dans la région inguinale gauche on sent un pédicule supérieur qu'on peut saisir entre deux doigts. La recherche des orifices inguinaux est difficile; on sent que le pédicule se prolonge vers l'abdomen.

Du côté opposé, pas de hernie; l'orifice inguinal est simplement perméable.

L'examen de l'abdomen est négatif. On ne constate rien au niveau des autres orifices herniaires, que nous avons tous soigneusement suivis et explorés.

Cet homme, au moment de son entrée dans le service, souffrait, avait des vomissements et n'allait pas à la selle. Mis au lit avec de la glace sur le ventre, ces signes ont, au bout de quelques

heures, complètement disparu, la menace d'étranglement qu'il a présenté n'a été que passagère.

Examen général. — C'est un vieillard de 78 ans dont le B. W. est négatif, qui présente de l'hypertension ayant au Pachon : Mx, 23; Mn, 7; Io, 4,5, et a 60 centigrammes d'urée dans le sang, ce qui montre que les reins ne sont pas absolument indemnes et que les artères sont sérieusement atteintes par l'artériosclérose.

Transéaté en médecine le 5 juillet 1935, pour complications cardio-pulmonaires. Pas d'intervention.

Observation 6 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot,
service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

F... (Pierre), 73 ans, cultivateur. Entre à l'Hôpital Saint-André, salle 10, le 16 avril 1924, pour hernie inguinale double.

Rien à signaler dans les antécédents .

Histoire de la maladie. — Une première tuméfaction apparut à l'aine gauche il y a vingt ans. La seconde, il y a un an.

Ces tuméfactions ont grossi peu à peu. La gauche est devenue volumineuse et douloureuse depuis l'année dernière. Elle gêne considérablement le malade, tout effort lui étant impossible. C'est pourquoi il consulte le Docteur Lang, qui l'adresse au service du Professeur Guyot.

A l'examen : A droite, petite hernie du volume d'un œuf de poule, mate; à gauche, volumineuse hernie, de la grosseur de deux poings, sonore, douloureuse, irréductible en totalité.

Rien à signaler aux autres appareils.

Opération (le 29 avril 1924) par le Professeur Guyot. — Ether. Incision de la région inguinale gauche. A peine l'incision est-elle faite, syncope. Respiration artificielle. Le malade revient. Tissus cellulaires épaissis, infiltrés. On arrive sur le sac; on l'ouvre. Hernie à sac incomplet, en avant. L'anse sigmoïde descend 4 ou 5 centimètres plus bas que le sac. Suture en bourse. Refoulement.

Reconstitution de la paroi. Surjet aponévrotique. Suture cutanée avec crins. Drainage.

Suites opératoires bonnes.

Le 12 mai 1924, bon état de la plaie. Bon état général.

Exéat le 16 mai 1924.

Le malade est mort en 1928. Il n'avait pas eu de récidive.

Observation 7 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

C... (José), 67 ans, porteur de viande. Entre dans le service de M. le Professeur Guyot le 24 juin 1922, pour une énorme hernie inguinale gauche.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts.

Antécédents personnels. — Marié, 12 enfants, dont 11 qui sont morts. En 1875, pendant son service militaire, a été opéré d'une tumeur dans la région sous-maxillaire gauche, dont il reste encore la cicatrice.

Histoire de la maladie. — C'est en 1916 que le malade s'aperçut qu'il avait une hernie. En portant de la viande à Lormont, il ressentit une violente douleur dans la région inguinale gauche et vit ensuite une tumeur dans la partie gauche des bourses. Cette tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, augmente progressivement de volume pour atteindre ses dimensions actuelles (deux gros poings). Jamais de crises douloureuses ni de vomissements.

Il y a environ vingt ans, le malade s'est aperçu que la partie droite de son scrotum était le siège d'une petite tumeur, qui atteint progressivement le volume actuel (grosse orange).

Examen (le 26 juin 1922). — Volumineuse hernie partiellement réductible à gauche. A droite, on constate la présence d'une tumeur liquide siégeant au-dessous et en arrière du testicule, qui est un peu augmenté de volume. On fait le diagnostic d'hydrocèle concomitant avec un testicule investi.

Opération (6 juillet 1922). — Rachianesthésie. Hernie gauche du

gros intestin. Hernie adhérente avec un tout petit sac en avant et en dehors. Après avoir essayé de réduire en partie l'intestin on referme le sac. On le refoule dans la fosse iliaque après agrandissement de la paroi. On referme celle-ci par six points séparés profonds réunissant les muscles grand oblique, petit oblique, transverse, pris en bloc avec la partie profonde de l'arcade de Fallope. Les éléments du cordon étaient tout à fait en dedans. Surjet superficiel. Suture cutanée au crin. Drainage filiforme.

Le 7 juillet, bon état.

Le 10 juillet, éruption de muguet; cause probable : température du 9. Lavage de la bouche avec une solution de bicarbonate de soude.

Le 15 juillet, le muguet a disparu.

Le 17 juillet 1922, plaie en bon état.

Sortie : Le 20 juillet 1922.

Pas de renseignements.

Observation 8 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

C... (Jean), tonnelier, 56 ans. Entre à l'Hôpital Saint-André, salle 10, le 20 février 1920, pour grosse hernie inguinale droite.

Histoire de la maladie. — Il y a sept ans, en levant une barrique, le malade ressentit une vive douleur et constata une légère tumeur dans la région inguinale droite. La tumeur grossit et le malade consulta son médecin environ huit jours après; on lui ordonne le port d'un bandage, ce que le malade fit régulièrement. Malgré ce bandage, la hernie augmentait sans cesse de volume et rendait bientôt tout travail impossible. Ne pouvant continuer l'exercice de sa profession, le malade s'est rendu à la consultation de M. le Professeur Guyot qui l'admit dans son service.

Antécédents. — Rien à signaler.

Examen. — Homme robuste et sain. On constate la présence d'une hernie inguinale droite volumineuse (deux poings d'adulte)

à trajet oblique, facilement réductible avec gargouillements, contenant probablement du gros intestin.

Opération (le 24 février 1920). — Ether. Cure radicale de la hernie.

Le 25 février, bon état.

Le 27 février, un peu de température, légère rougeur de la plaie, tuméfaction du scrotum droit (léger hématome).

Le 2 mars, suppuration de la plaie dans ses trois quarts supérieurs. On enlève les points. Pansement à plat.

Le 5 mars, bon aspect, bon état général.

Le 26 mars, la plaie est cicatrisée.

Le 28 mars, exéat.

Pas de renseignements.

Observation 9 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot,
service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

P... (Hector), 49 ans, porteur de pain. Entre à l'Hôpital Saint-André le 3 février 1914, pour hernie inguinale double.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans.

Mère morte à 28 ans de suites d'opération.

Frère mort à 25 ans de phtisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — En 1902, le testicule gauche commence à grossir et peu à peu atteint le volume actuel. En 1903, le malade remarque, dans la région inguinale droite, une petite grosseur douloureuse à l'effort. En 1904, il porte un bandage. Malgré celui-ci, la hernie grossissait toujours; le malade abandonne le bandage en 1912, car il le gênait pour monter les escaliers. La hernie prenant de grandes proportions et le gênant beaucoup, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Homme buvant beaucoup.

A l'inspection : A gauche, bourse tuméfiée; peau de coloration normale, amincie. A la palpation, la tumeur est lisse, sensation de

fluctuation; le testicule est placé à la partie antéro-inférieure. Translucidité de la bourse. La tumeur ne se continue pas dans le ventre par un pédicule. La toux ne détermine pas d'impulsion.

A droite, volumineuse tumeur ovoïde, dont le sommet est à l'aine, et qui descend dans le scrotum. Augmentation de volume à la toux. La tumeur est réductible avec gargouillement.

Opération (le 10 février 1914) par le professeur Guyot. — Pendant l'anesthésie, période d'excitation très accentuée.

1° A droite : Incision oblique parallèle au canal inguinal. On arrive sur un sac herniaire qu'on ouvre. On décolle ensuite la vessie adhérente à la face antéro-inférieure du sac. On lie la base du sac qu'on sectionne. Surjet péritonéal. On suture l'arcade crurale au tendon conjoint. Suture de la peau aux crins. Drain n° 6.

2° A gauche : Incision oblique parallèle au canal inguinal. On arrive sur un sac herniaire qu'on attire à l'extérieur. Le sac est incomplet. On extériorise l'épiploon qu'on lie et sectionne. Malade en position déclive. On lie le sac et on remet le malade en position horizontale. Suture du tendon conjoint à l'arcade crurale. Suture de la peau. Drain n° 6.

Les hernies sont des hernies de faiblesse avec dilatation de l'anneau inguinal. Les sacs avaient une base d'implantation large. Après les avoir réséqués on les a fixés à la paroi abdominale.

Suites opératoires bonnes. Ablation des crins le 23 février. Exéat après guérison le 14 mars 1914.

Pas de renseignements.

Observation 10 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot,
service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

G... (Julien), 72 ans. Entre à l'hôpital le 22 avril 1913, salle 10, pour opération d'urgence d'une volumineuse hernie droite étranglée, datant de longues années.

Examen. — Volumineuse hernie inguinale droite, d'aspect

bilobé, irréductible, douloureuse. Arrêt des matières et des gaz.

Opération. — Anesthésie au chloroforme par M. Cadenaule. Durée, demi-heure. M. le Professeur Guyot fait une incision verticale dans la région inguinale gauche. On dissèque le sac herniaire et l'on tombe sur une anse grêle très congestionnée. On inspecte la vitalité de l'anse intestinale et de l'épiploon au niveau de l'étranglement à l'aide d'une compresse d'eau chaude. Résection de quelques brides d'épiploon. On incise l'anneau à l'aide d'un bistouri. On rentre l'anse intestinale.

Suture de la paroi. On ne reconstitue pas celle-ci, qui est très lâche. On a simplement réséqué le sac et suturé la paroi. Drainage. Durée de l'opération, vingt-deux minutes.

Suites opératoires. — Le 23 avril, rétention d'urine. Sondage. Râles fins aux bases pulmonaires, température. Ventouses scarifiées, huile camphrée.

Le 25 avril, amélioration de l'état général.

Le 28 avril, balano-posthite, œdème des bourses et de la verge; lavages antiseptiques.

Le 3 mai, on enlève les points de suture.

Le 14 mai, état général excellent, plaie cicatrisée. Guérison. Exéat.

Pas de renseignements.

Observation 11 (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.)

D... (Jean), 35 ans, journalier. Entre dans le service de M. le Professeur Guyot, salle 10, le 19 février 1913, pour hernie inguinale droite.

Rien à signaler dans les antécédents.

Histoire de la maladie. — Il y a vingt ans, le malade est tombé d'un chêne d'une hauteur de 9 mètres. Deux jours après, le malade, en chargeant une charrette de bruyère, ressentit une douleur violente au côté droit, mais cependant peut faire 7 kilo-

mètres pour chercher un bandage chez le pharmacien. Le malade reprit son travail. Depuis, la hernie grossit sans cesse et devint volumineuse, irréductible. Il y a quinze jours, il ressentit des douleurs en travaillant et résolut de se faire opérer.

Opération (le 25 février 1913). — Anesthésie à l'éther, commencée à 9 h. 8, finie à 9 h. 26. Après avoir incisé dans la région inguinale, on a trouvé un sac très volumineux descendant dans le scrotum, mais séparé de la vaginale. On voit d'abord de l'épiploon, puis en le faisant rentrer on découvre une portion intestinale : c'était une hernie du cæcum et de l'appendice. Il y avait adhérences entre le cæcum et le péritoine. Appendicectomie, on résèque le sac au-dessous des adhérences charnues naturelles.

Manœuvre de Barker. Pas de points au fil d'argent.

Le 14 mars, le malade quitte l'hôpital.

Il est complètement guéri, cependant sa paroi est encore un peu faible.

Pas de renseignements.

Observations résumées de hernies scrotales volumineuses.

I. — *Hernies de l'adulte, non étranglées.*

Obs. 12 (Brau-Tapie, *Bull. et Mém. Soc. chir. de Bordeaux*, 1935).

57 ans, restaurateur. Volumineuse hernie gauche, irréductible. Intertrigo. Alcoolique. Bronchite. Cure de désintoxication. Anesthésie générale éther. Hernio-laparotomie. Sac épais et fibreux contenant 3 m. de grêle; côlon descendant; épiploon épaissi adhérent au sac. Section de l'épiploon. Réduction de la masse intestinale. Résection du sac. Réfection de la paroi. Drain. Suites bonnes. Revu après 10 ans. Pas de récidive.

Obs. 13 (Brau-Tapie).

59 ans, domestique. Hernie droite jusqu'au genou. Bon état général. Purgation. Ether. Trendelenburg. Anses grêles, côlon

ascendant, cæcum, appendice, épiploon, réintégration. Dissection du sac. Fil de bronze et catgut. Drainage. Suites bonnes. Pas de récidive.

Obs. 14 (Duvergey, thèse Anastassyevitch, Bordeaux, 1922).

35 ans Hernie vol. scrotale gauche irréductible. Rachianesthésie. Epiploon, grêle, vessie. Résection d'une partie de la vessie. Dissection du sac. Résection du sac. Bassini. Guérison.

Obs. 15 (Duvergey, *Bull. et mém. Soc. chir. de Bordeaux*, 1921).

52 ans, manœuvre. Vol. gauche irréductible. Cystocèle inguinale. Prostatique. Rachianesthésie. Trendelenburg. Sac volumineux, côlon sigmoïde adhérent. Décollement. Réduction. Ligature et excision du sac. Réduction portion de la vessie. Guérison.

Obs. 16 (Huc, thèse Mathieu, 1914).

40 ans. Vol. hernie gauche, hernio-laparotomie, gros intestin adhérent en arrière, décollement. Réfection du sac. Bassini. Guérison.

Obs. 17 (Lardennois, thèse Mathieu, Paris, 1914).

24 ans. Maçon, vol. hernie récidivée gauche, hernio-laparotomie, côlon iliaque adhérent, décollement. Bassini. Guérison.

Obs. 18 (Kendirdjy, thèse Mathieu, 1914).

41 ans. Camionneur, vol. irréductible droite. Ether. Trendelenburg. Isolement testicule et cordon. Sac en haut et en avant. Cæcum adh. Décollement. Vessie. Réduction diffic. Péritonite. Mort.

Obs. 19 (Id., *ibid.*).

22 ans. Employé. Vol. droite irréductible. Cæcum. Appendicectomie. Côlon ascendant, adh. Décollement. Réduction. Traitement du sac. Paroi en trois plans. Guérison.

Obs. 20 (Quénu, *Rev. chir.*, 1914).

43 ans. Forgeron. Vol. gauche irréductible. Grêle agglutiné. Résection. Entéro-anastomose latérale. Guérison. Revu bon état.

Obs. 21 (Kendirdjy, thèse Mathieu, Paris, 1914).

42 ans. Garçon de café. Enorme hernie. Anesthésie locale. Paroi flasque. S iliaque gros adh. Clivage. Réduction. Ligature du sac. Barker. Bassini. Guérison.

Obs. 22 (Lecène, *Presse méd.*, 1913).

59 ans. Ouvrier. Vol. hernie droite. Sténose du grêle. Herniolaparotomie, grêle, côlon ascendant, kyste du mésentère. Résection de la tumeur, du cordon, du testicule, section de l'iléon, anastomose termino-terminale. Paroi plan par plan. Drain. Guérison.

Obs. 23 (Casanello, *Journ. d'Urologie*, 1913).

52 ans. Vol. hernie double réductible. Testicule atrophié. Anesthésie locale. A gauche : Grêle, testicule, vessie extrapéritonéale adh. Décollement. Reposition de la vessie. Réfection de la vaginale. Bassini. A droite : Vessie, déchirure, suture. Réduction. Bassini. Guérison.

Obs. 24 (Campenon, Thèse Mayo).

40 ans. Gauche mi-cuisse, irréductible. Epiploon, grêle, adhérences, blessures de l'intestin. Sutures. Pas de réduction. Anus contre nature. Guérison. Hernie persistante.

Obs. 25 (Mauclaire, *Arch. gén. chir.*, 1908).

59 ans. Cultiv. Vol. hernie droite. Paroi déficiente. Cryptorchidie pelvienne artificielle. Paroi en trois plans. Guérison. Revu 5 ans, bon état.

Obs. 26 (Id., *ibid.*).

38 ans. Hernie vol. gauche. Paroi déficiente. Cryptorchidie. Guérison.

Obs. 27 (San Martin, Congr. chir., Bruxelles, 1908).

49 ans. Vol. hernie récidivée. Résection épiploon. Extirpation du sac. Procédé de Mauclaire. Guérison.

Obs. 28 (Baumgartner, thèse Paris, 1905).

50 ans. Hernie gauche tête enfant. Bon état. Chloro, hernio-laparotomie. Trendelenburg. S iliaque adhérent. Clivage. Saignement. Réduction. Résection du sac. Barker. Bassini. Ceinture. Guérison.

Obs. 29 (Monod, thèse Baumgartner, Paris, 1905).

45 ans. Vol. hernie gauche. Chloro, hernio-laparotomie. Gros intestin adhérent. Dissection. Réduction. Hémorragie. Résection du sac. Bassini. Ceinture. Guérison.

Obs. 30 (Pauchet, *Gaz. méd. Picardie*, nov. 1905).

50 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Cure d'amaigrissement, résection de 1 m. 20 d'intestin non adhérent. Cure radicale. Guérison.

Obs. 31 (Id., *ibid.*).

50 ans. Vol. hernie, irréductible. Iléon, mésentère. Résection intestinale de 4 m. Diarrhée. Cachexie. Mort.

Obs. 32 (Humbert, thèse Lyon, 1891).

22 ans. Vol. hernie gauche, réductible. Hernio-laparotomie. Epiploon non adhérent. Résection. Ligature sac. Suture piliers. Faufil. scrotum. Drainage. Guérison.

Obs. 33 (Id., *ibid.*).

38 ans. Maréchal ferrant. Genou, irréductible. Trendelenburg. Sac épais. Cæcum. Grêle. Epiploon adhérent. Réduction labor. Dissection. Ligature sac. Suture piliers. Drain. Guérison. Revu bon état.

Obs. 34 (Id., *ibid.*).

52 ans. Ouvrier. Tête d'enfant, irréductible. Hernio-laparotomie. 2 m. de grêle. Epiploon adhérent. Réduction diffic. Dilatation anneau. Résection épiploon. Ligature sac. Drain. Guérison.

Obs. 35 (Weiss, *New-York. Surg. Soc.*, 1885).

33 ans. Vol. hernie droite. Hydrocèle. Résection épiploon. Guérison.

Obs. 36 (Chiry, *Bull. Ac. méd. Belgique*, 1890).

40 ans. Vol. hernie gauche. Genou. Compression progressive, bandage. Réduction maintenue.

Obs. 37 (Dupont, *Rev. méd. Suisse rom.*, 1890)

55 ans. Vol. hernie inguinale gauche. Genou. Enucléation testicule. Clayonnage de la paroi. Gangrène scrotum. Guérison.

Obs. 38 (Humbert, thèse Lyon, 1890).

53 ans. Ouvrier. Vol. hernie gauche, tête enfant. Incoercible. Hernio-laparotomie. 2 m. de grêle. Ligature du sac épais. Suture anneaux. Drain. Température. Broncho-pneumonie. Guérison. Ceinture.

Obs. 39 (Huet, *Journ. chir.*, 1930).

51 ans. Hernie gauche. Déficience pariétale. Résection sac. Paroi deux plans. Autoplastie couturier. Suites bonnes. Revu bon état.

Obs. 40 (Id., *ibid.*).

43 ans. Hernie gauche récidivée. Résection sac. Paroi procédé Huet-Blondin. Revu. Pas de récidive.

Obs. 41 (Id., *ibid.*).

48 ans. Hernie récidivée. Réfection paroi procédé Huet-Blondin. Revu. Pas de récidive.

Obs. 42 (Monod, Acad. chir., 1930).

53 ans. Ouvrier. Enorme scrotale droite, tête adulte. Genou. Irréductible. Rachianesthésie. Hernio-laparotomie. Colon asc. Grêle transverse adhér. Sac épaissi. Dissection impossible. Hémicolectomie droite. Anastomose. Ablation testicule. Shock opératoire. Guérison. Ceinture.

Obs. 43 (Chavannaz, thèse Rivaux, Bordeaux, 1932).

47 ans. Hernie double. A gauche : Tête enfant, réductible. Ether. Résection épiploon. Procédé de Mauclaire. Hématome. Suppur. des bourses. Guérison. Bandage.

Obs. 44 (Lardennois, thèse Mathieu, Paris, 1919).

25 ans. Vol. droite, gros intestin adhérent, grêle. Décollement. Appendicectomie. Bassini. Guérison. Revu bon état.

Obs. 45 (Id., *ibid.*).

56 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Hernio-laparotomie. Procédé de Lardennois. Appendicectomie. Bassini. Guérison. Revu. Pas de récidive.

Obs. 46 (Id., *ibid.*).

56 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Hernio-laparotomie. Clivage du gros intestin. Déchirure du méso. Réduction difficile. Résection du sac. Paroi deux plans. Guérison.

Obs. 47 (Thibierge et Huc, thèse Mathieu, Paris, 1914).

44 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Cæcum adhérent, iléon adhérent. Décollement difficile. Appendicectomie. Bassini. Guérison.

Obs. 48 (Dufour, thèse Lille, 1920).

33 ans. Vol. hernie droite, partiellement réductible. Chloro. Cæcum adhérent, décollement. Résection sac. Fil de bronze. Section cordon. Fermeture complète anneaux. Réaction vaginale. Guérison.

Obs. 49 (Id., *ibid.*).

56 ans. Vol. hernie droite, paroi lâche, anneau large, chloro. Sas disséqué, réséqué. Section cordon. Fermeture complète. Bassini. Revu un an. Pas de récidive.

Obs. 50 (Lambert, *in* thèse Dufour).

54 ans. Vol. hernie droite, réductible. Paroi mauvaise. Anesthésie locale. Réduction en bloc du sac, cordon, testicule. Fermeture de l'anneau fil d'argent. Guérison.

Obs. 51 (Id., *ibid.*).

54 ans. Vol. hernie droite, réductible, anneau large. Chloro. Réduction en bloc. Fermeture complète de l'anneau fil de bronze. Revu bon état.

Obs. 52 (Saint-Pothin, thèse Desbos, Lyon, 1922).

51 ans. Vol. hernie gauche. Réductible. Trendelenburg. S iliaque adhérent. Décollement sous-péritonéal. Réintégration. Fermeture du sac. Barker. Bassini. Guérison.

Obs. 53 (*Id.*, *ibid.*).

40 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Hernio-laparotomie. Décollement du sac sans l'ouvrir. Ouverture. Résection du sac. S iliaque adhérent. Résection du sac. Barker. Guérison.

Obs. 55 (Pototschnig, *Zentr. für chir.*, 1923).

55 ans. Vol. hernie genou gauche. Irréductible. Hernio-laparotomie. Résection 2 m. grêle. Résection testicule, cordon. Bassini. Guérison.

Obs. 56 (Dressen, *Zentr. für chir.*, 1925).

53 ans. Aubergiste, alcoolique. Vol. hernie droite, tête adulte. Rachi. Grêle, cæcum, côlon asc. Résection 2 m. grêle. Entérorraphie termino-terminale. Bassini. Guérison.

Obs 56 (Dressen, *Zentr. für Chir.*, 1925).

62 ans. Coiffeur. Vol. hernie gauche, tête enfant. Irréductibilité. Cure radicale. Estomac ptosé. Guérison.

Obs. 57 (Wangensteen, *Surg. of. Obst.*, 1934).

55 ans. Vol. hernie gauche, hydrocèle. Rachi. Epiploon, grêle. Réduction. Autoplastie par tractus ilio-tibial. Guérison.

Obs. 58 (Legrand, *Normandie méd.*, 1923).

60 ans. Vol. hernie bilatérale. Récidive. Rachi. Autoplastie par greffe osseuse. Guérison.

Obs. 59 (Glücksthal, *Lyon chir.*, 1914).

50 ans. Marchand. Vol. hernie irréductible gauche. Anesthésie locale. Epiploon adhérent. Résection vessie., Réduction. Bassini. Guérison.

Obs. 60 (*Id.*, *ibid.*).

20 ans. Forgeron. Vol. hernie gauche. Miction doul. Anesthésie générale. Sac épais. Graisse résistante. Diverticule vésical tordu. Résection diverticule. Bassini. Sonde. Fistule urinaire. Guérison.

Obs. 61 (Auvray, *Soc. chir. Paris*, 1913).

Vol. hernie récid. S iliaque. Procédé Lardennois. Guérison.

Obs. 62 (Jaboulay, *Rev. intern. chir.*, 1912).

40 ans. Maréchal ferrant. Vol. hernie droite. Anesthésie générale. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. Grêle. Réduction. Paroi. Tendons de renne. Guérison. Revu récidive.

Obs. 63. (Gayet, *Congr. chir.*, 1910).

43 ans. Vol. hernie droite. Anesthésie générale. Hernio-laparotomie. Iléon, cæcum, appendice adhérents. Kyste du cordon. Appendicectomie. Clivage impossible. Refoulement en masse sac et intestins. Cæcopexie. Paroi à la Lucas-Championnière. Guérison.

Obs. 64 (*Id.*, *ibid.*).

17 ans. Vol hernie droite. Anesthésie générale. Hernio-laparotomie. Intestins adhérents. Décollement. Hémorragie. Réduction. Résection sac. Paroi deux plans. Guérison.

Obs. 65 (*Id.*, *ibid.*).

63 ans. Vol. hernie gauche, irréductible. Anesthésie générale Hernio-laparotomie. Epiploon. S iliaque adhérent. Clivage. Paroi plan par plan. Tendon de renne. Guérison. Revu bon état.

Obs. 66 (Morestin, *Soc. chir.*, 1910).

45 ans. Maçon. Bandage abandonné. Vol. hernie. Hernio-laparotomie. Gros intestin. Clivage. Reconstit. méso. Mésopexie. Guérison.

Obs. 67 (*Id.*, *ibid.*).

42 ans. Ouvrier. Vol. hernie double réductible. Mauvais état général. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. A droite : Grêle adhérent, franges, appendice, cæcum, adhérents. Sac incomplet. Appendicectomie. Décollement. A gauche : Gros intestin adhérent. Clivage. Mésopexie. Paroi. Bassini. Guérison.

Obs. 68 (Duret, Thèse Poissonnier, Paris, 1909).

60 ans. Vol. hernie. Purg. Bain. Chloro. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. Intestin grêle, côlon, épiploon. Réduction très diff. Paroi en deux plans. Péritonite. Mort.

Obs. 69 (Delassus, *ibid.*).

60 ans. Cultivateur. Hernio-laparotomie. Grêle. Dissection sac. Résection. Ligature. Paroi deux plans. Guérison.

Obs. 70 (Franchomme, *ibid.*).

54 ans. Cultivateur. Vol. hernie droite genou. Soins. Purg. Hernio-laparotomie. Grêle épiploon. Réduction. Drain. Œdème des bourses. Pneumonie. Récidive. Guérison.

Obs. 71 (Butruille, *ibid.*).

45 ans. Vol. hernie gauche genou, incoercible. Dissection du sac. Résection. Suture. Barker. Section cordon. Paroi Lucas-Championnière. Guérison.

Obs. 72 (Dubar, *ibid.*).

49 ans. Ouvrier. Vol. hernie gauche genou. Réduction quotidienne. Hernio-laparotomie. Epiploon. S iliaque. Côlon ascendant transverse. Section des vaisseaux. Décollement. Sac incomplet. Réduction. Ceinture. Guérison. Revu bon état.

Obs. 73 (Dubar, *ibid.*).

50 ans. Ouvrier. Vol. hernie droite. Station inclinée quotid. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. Gros intestin. Résection épiploon. Réduction diffic. Résection vac. Paroi deux plans. Drain. Revu cinq ans bon état.

Obs. 74 (Bouilly, *ibid.*).

50 ans. Vol. hernie double, incoercible. Réduction. Résection sac. Paroi fils d'argent. Phlegmon bourses. Guérison.

Obs. 75 (Nicaise, *ibid.*).

23 ans. Ouvrier. Vol. hernie gauche, incoercible. Chloro. Hernio-laparotomie. Réduction. Libération du sac. Ligature du sac. Excision. Drain. Guérison. Bandage.

Obs. 76 (Cerné, *ibid.*).

60 ans. Ouvrier. Vol. hernie double, irréductible. Purg. Bain. Hernio-laparotomie. A gauche : Grêle, gros intestin adhérents. Décollement. Réduction. Résection du sac. A droite : Grêle, cæcum adhérents. Décollement. Appendicectomie. Réduction. Suppur. épidid. Guérison.

Obs. 77 (Monprofit, *Congr. chir.*, 1899).

42 ans. Vol. hernie, irréductible. Grêle, gros intestin, adhérents, irréductibles. Résection du cæcum. Côlon asc. et transverse. Guérison.

Obs. 78 (Julliard, *Congr. chir.*, 1895).

57 ans. Vol. hernie gauche, irréductible. Réduction grêle. Résection épiploon et gros intestin. Résection sac et testicule. Rétrécissement anneau. Guérison.

Obs. 79 (*Id.*, *ibid.*).

60 ans. Vol. hernie gauche genou, irréductible. Section épiploon et gros intestin. Résection sac et testicule. Guérison.

Obs. 80 (Polaillon, *Soc. chir.*, 1885).

39 ans. Maçon. Vol. hernie droite, irréductible. Diète. Purg. Chloro. Hernio-laparotomie. Excision sac et testicule. Réduction grêle. Barker. Paroi fils d'argent. Suppuration. Guérison.

Obs. 81 (Lucas-Championnière, 1892).

41 ans. Vol. hernie droite. Résection épiploon. Dissection sac pédiculé. Suture perdue. Procédé de Lucas-Championnière. Guérison.

Obs. 82 (*Id.*).

41 ans. Vol. hernie droite. Epiploon. Procédé Lucas-Championnière. Guérison. Bandage.

Obs. 83 (*Id.*).

Vol. hernie gauche, irréductible. Gros intestin. Réduction difficile. Procédé Lucas-Championnière. Guérison. Bandage.

Obs. 84 (Id.).

20 ans. Vol. hernie gauche, réductible. Procédé Lucas-Championnière. Guérison. Bandage.

Obs. 85 (Id.).

32 ans. Vol. hernie réductible. Grêle. App. Procédé Lucas-Championnière. Péritonite. Guérison.

Obs. 86 (Id.).

25 ans. Vol. hernie double. Gros intestin, grêle, épiploon, sac, adhérents. Résection épiploon. Procédé Lucas-Championnière. Guérison. Bandage.

Obs. 87 (Id.).

23 ans. Vol. hernie double, incoercible. Gros intestin adhérent. Dissection. Réduction. Résection épiploon. Procédé Lucas-Championnière. Guérison. Bandage.

Obs. 88 (Id.).

29 ans. Vol. hernie gauche, irréductible, gros intestin adhérent. Procédé Lucas-Championnière. Guérison.

Obs. 89 (Id.).

24 ans. Vol. hernie gauche. Sac adhérent. Résection épiploon Procédé Lucas-Championnière. Revu cinq ans. Guérison.

Obs. 90 (Id.).

31 ans. Vol. hernie, irréductible. Résection 840 g. épiploon. Procédé Lucas-Championnière. Guérison.

Obs. 91 (Id.).

43 ans. Vol. hernie droite. Résection sac. Récidive.

Obs. 92 (Terrillon, thèse Poissonnier, Paris, 1909).

59 ans. Vol. hernie inguinale. Ectopie testiculaire. Ablation test. Capitonnage du sac. Guérison.

Obs. 93 (Terrillon, thèse Poissonnier, Paris, 1909).

38 ans. Vol. Ectopie testiculaire. Ablation testicule. Capitonnage du sac. Guérison.

Obs. 94 (Terrillon, thèse Poissonnier, Paris, 1909).

28 ans. Vol. Ectopie testiculaire. Ablation testicule. Capitonnage du sac. Guérison.

Obs. 95 (Lecercle, Soc. chir., Paris, 1926).

31 ans. Fossoyeur. Vol. hernie gauche, irréductible. Genou. Rachi. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. Grêle, cæcum, appendice, transverse, accolés. Côlon droit. Bride. Réduction après clivage. Résection scrotale. Abandon du sac. Testicule atrophié. Pneumonie. Guérison.

Obs. 96 (Barthélemy, Soc. chir., Paris, 1925).

64 ans. Forgeron. Vol. hernie droite, genou, réductible. Repos au lit. Laxatif. Première intervention : Hernio-laparotomie. Trendelenburg. Réduction des viscères libérés (grêle, S iliaque, épiploon, adhérents). Fermeture paroi. Drain. Repos deux mois. Trois mois après, réfection de la paroi. Guérison.

Obs. 137 (Lardennois, thèse Mathieu, Paris, 1914).

62 ans. Vol. hernie gauche. S iliaque adhérent. Décollement grêle. Réduction. Bassini. Guérison.

II. — *Hernies étranglées de l'adulte.*

Obs. 97 (Boursier, thèse Poey-Noguez, Bordeaux, 1888).

50 ans. Vol. hernie droite étranglée. Vomiss. Bronchite. Asystolie. Opération. Mort.

Obs. 98 (Villar, *Gaz. sc méd. Bordeaux*, 1920)

50 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Mauvais état. Cæcum, appendice, côlon ascendant. Débrid. Réduction. Cure radicale. Guérison.

Obs. 99 (Fournier, *Journ. méd. Bordeaux*, 1921).

60 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Mauvais état. Sigmoïde adhérent. Grêle étranglé par collet. Kélotomie. Décollement. Fils d'argent. Guérison.

Obs. 100 (Id., *ibid.*).

Vol. hernie gauche, étranglée. Sigmoïde sphacélé. Etrangl. par collet. Liquide. Pus. Résection. Mort.

Obs. 101 (Novaro, *Arch. ital. di chir.*, 1930).

55 ans. Vol. hernie droite étranglée. Estomac. Débridement collet. Réduction. Guérison.

Obs. 102 (Von Elisher, *Zent. für Chir.*, 1923).

53 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Anesthésie locale. Herniolaparotomie. Epiploon. Grêle. Estomac. Réduction. Guérison.

Obs. 103 (Forquin, *Rev. méd. Est*, 1919).

62 ans, manœuvre. Mi-cuisse gauche; engouée. Liquide, grêle, épiploon, gros intestin, appendicite, cæcum, côlon ascendant. Réduction. Suture. Réaction vagin. Guérison. Revu, bon état.

Obs. 104 (Eudel, thèse Mathieu, Paris, 1914).

62 ans. Vol. hernie droite, engouée. Chloro. Trendelenburg. Hernio-laparotomie. Cæcum, côlon ascendant adhérent, grêle. Décollement. Appendicectomie. Réduction. Cure deux plans. Broncho-pneumonie. Mort.

Obs. 105 (Leriche et Cotte, thèse Billot, Lyon, 1910).

53 ans. Maçon. Vol. hernie gauche étranglée. Sac adhérent. Hernio-laparotomie. Décollement S iliaque. Liquide. Péritonite herniaire diffuse. Ablation du sac. Fermeture. Guérison. Revu. Récidive.

Obs. 106 (Leriche, *Presse méd.*, 1910).

60 ans. Vol. hernie droite. Hernio-laparotomie. Cæcum adhérent. Clivage. Réduction. Pexie. Guérison.

Obs. 107 (Fiollet, *Soc. chir. Lyon*, 1907).

46 ans. Vol. hernie gauche, genou, étranglée. Résection épiploon. Décollement. Côlon. Réduction difficile, cardio-pulmonaire. Mort.

Obs. 108 (Truc, *Lyon méd.*, 1882).

52 ans. Vol. hernie étranglée. Intestin gangréné. Résection. Anus contre nature. Guérison.

Obs. 109 (Leroux. Soc. anat. Paris).

36 ans. Vol. hernie étranglée. Intestin grêle. Epiploon. Mésentère. Débridement. Péritonite. Mort.

Obs. 110 (Massias, *Soc. méd. chir. Indochine*, 1934).

22 ans. Vol. hernie étranglée. Ether. Liquide cæcum, côlon ascendant, sigmoïde, grêle. Réduction. Résection sac. Barker. Bassini. Drain. Guérison.

Obs. 111 (Tixier, *Clin.*, Lyon, 1925).

47 ans. Vol. hernie droite étranglée. Hydrocèle. Ether. Herniolaparotomie. Epiploon. Gros intestin. Débridement. Réduction. Aband. du sac. Cure. Guérison.

Obs. 112 (Jaboulay, *Lyon méd.*, 1903).

53 ans. Vol. hernie étranglée. Hernio-laparotomie. Cæcum adhérent. Réduction. Ligature sac. Parois tendon renne. Drain. Epanchement scrotal. Guérison.

Obs. 113 (Lucas-Championnière, *Cure radicale hernies*, 1892).

43 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Intervention. Guérison.

Obs. 114 (Id., *ibid.*).

53 ans. Vol. hernie droite étranglée. Hernio-laparotomie. Cæcum, appendice, côlon, adhérents. Grêle agglut. Résection mésocôlon. Fermeture Lucas-Championnière. Guérison.

III. — *Hernies du vieillard non étranglées.*

Obs. 115 (Belle, *Journ. méd. Lille*, 1928).

70 ans. Vol. scrotum non étranglée. Estomac, grêle, côl. asc. Fonction suffisante. Non opéré.

Obs. 116 (Chavannaz. Thèse Rivaux, Bordeaux, 1932).

66 ans. Manœuvre. Vol. hernie droite, réductible. Régime. Ether. Procédé Mauclaire. Guérison.

Obs. 117 (Id., *ibid.*).

70 ans. Cultivateur. Vol. hernie gauche, réductible. Orifice large. Procédé Mauclaire. Hématome des bourses. Guérison.

Obs. 118 (Reverdin, *Rev. méd. Suisse romande*, 1885).

72 ans. Cultivateur. Vol. hernie double. Purg. Chloro. Hernio-laparotomie. Cæcum, côlon asc. Grêle. Décollement. Réduction. Résection sac. Rétrécissement anneau. Guérison.

Obs. 119 (Moiroud, *Soc. chir. Marseille*, 1932).

72 ans. Vol. hernie gauche irréductible. Rachi. Côl. adhérent, grêle. Décollement. Cure radicale. Cellulite pelvienne. Mort.

Obs. 120 (Coudray, *Soc. chir. Paris*, 1927).

65 ans. Vol. hernie droite genou, réductible. Régime. Anesthésie régionale. Hernio-laparotomie. Grêle. Côlon ascendant. Trendelenburg. Réduction. Castration. Barker. Mort cardio-pulmonaire.

Obs. 121 (Novaro, *Riform. Med.*, 1922).

67 ans. Vol. hernie droite, irréductible. Ether. Hernio-laparotomie. Réduction côl. ascendant transverse, iléon. Mort. Thrombose.

Obs. 122 (Saint-Póthin, thèse Desbos, Lyon, 1922).

69 ans. Vol. hernie droite, réductible. Anesthésie régionale. Trendelenburg. Sac isol. Section cordon. Réduction grêle. Ferm. Tendon renne. Hématome. Guérison.

Obs. 123 (Sambuc, *Soc. méd. chir. Indochine*, 1933).

65 ans. Vol. hernie droite. Iléon, cæcum, appendice. Décollement. Réduction. Cure. Guérison.

Obs. 124 (Pauchet, *Gaz. méd. Picardie*, 1905).

67 ans. Vol. hernie droite, réductible. Résection. Mort. Embolie.

Obs. 125 (Scouttar, *Brit. Med. J.*, 1922)

65 ans. Vol. hernie double, genou. Rachi Hernio-laparotomie. Réduction. Guérison. Revu. Récidive

IV. — *Hernies du vieillard étranglées. Cure radicale.*

Obs. 126 (Bonnet, *Clinique Tixier, Lyon*, 1925).

77 ans. Vol. hernie droite étranglée. Anesthésie rachid. Anses violacées adh. Péritonite herniaire. Fermeture. Cure radicale. Guérison. Revu. Récidive.

Obs. 127 (Fitzgerald, *British Med. J.*, 1933).

65 ans. Vol. hernie scrotale étranglée. Hydrocèle. Hernio-laparotomie. Cæcum, appendice, iléon. Appendicectomie. Réduction. Guérison.

Obs. 128 (von Elisher, *Zentral. für Chir.*, 1923).

71 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Estomac. Epiploon. Grêle. Réduction Cure radicale. Guérison

Obs. 129 (Braine, thèse Blanchet, Paris, 1923).

65 ans. Tailleur. Vol. hernie droite. Rachi. Hernio-laparotomie. Grêle agglut. Réintégration. Résection sac. Bassini. Mort. Asystolie.

Obs. 130 (Cadenat, *Soc. anat.*, 1919).

70 ans. Vol. hernie droite étranglée. Résection intestin (grêle adh.). Mort.

Obs. 131 (Renon, thèse Gros, 1902).

71 ans. Vol. hernie gauche étranglée. Liquide. S iliaque adhérent. Section intestin. Sarcome. Anus contre nature. Mort.

Obs. 132 (Leveuf, thèse Blanchet, Paris, 1923).

71 ans. Vol. hernie droite étranglée. Anses grêle agglut. Réduction. Résection intestin. Mort.

Obs. 133 (Lardennois, thèse Mathieu, Paris, 1914).

72 ans. Courtier. Vol. hernie droite engouée. Grêle. Réduction. Cæcum adhérent. Décollement. Bassini. Guérison.

Obs. 134 (Ledeberden, *Soc. anat. Paris*, 1890).

69 ans. Vol. hernie droite engouée. Liquide. Réduction. Mort.

Obs. 135 (Leriche, *Lyon chir.*, août 1914).

69 ans. Vol. hernie scrotale étranglée, mi-cuisse. Epreuve de Leriche. Laparotomie médiane. Réintégration. Fermeture du sac par l'addomem. Suites bonnes. Guérison. Hernie conservée.

Obs. 136 (*Id.*, *ibid.*).

88 ans. Vol. hernie scrotale étranglée. Laparotomie médiane. Grêle. Epiploon. Libération. Suites bonnes. Guérison.

CHAPITRE V

RESULTATS

I. — Adultes jusqu'a 65 ans.

1° Hernies non étranglées, 91 :

a) Cas opérés, 88;

Guérisons sans complications, 73 (2 récidives);
Guérisons avec complications, 12;
Morts, 3.

b) Non opérés, 3.

2° Hernies étranglées opérées, 19 :

Guérisons, 14 (1 récidive);
Morts, 5.

II. — Vieillards :

1° Hernies non étranglées, 14 :

a) Cure radicale, 12 :

Guérisons, 8 (1 récidive);
Morts, 4.

b) Non opérés, 2.

2° Hernies étranglées, 13 :

a) Cure radicale, 11 :

Guérisons ,6 (1 récidive);
Morts, 5.

b) Kélotomie (opérat. Leriche), 2 :

Guérisons, 2;
Mort, 0.

III. — Suites éloignées.

19 malades revus :

5 récidives (obs. 62, 70, 105, 128, 126);
14 en bon état (obs. 12, 13, 25, 33, 39, 40, 41, 45, 49, 51, 65, 72, 73, 103).

CONCLUSIONS

I. — D'après l'examen de nos observations, la conduite à tenir dans les cas de volumineuses hernies scrotales sera différente chez l'adulte et chez le vieillard.

a) *Chez l'adulte*, en cas de hernie non étranglée, l'intervention peut être pratiquée si l'état général du malade est satisfaisant. Elle est relativement sans danger, guérit très souvent le malade, l'améliore toujours. En cas de hernie étranglée, l'intervention sera la règle.

b) *Chez le vieillard*, on s'en abstiendra, sauf urgence.

II. — *Chez l'adulte*, la technique opératoire sera la suivante :

1° Régime préparatoire;

2° Rachianesthésie;

3° Position de Trendelenburg;

4° Hernio-laparotomie :

a) *Hernies réductibles :* réintégration des organes;

b) *Hernies irréductibles :* libération des adhérences inflammatoires :

— libération par clivage du gros intestin (Procédé Lardennois-Ockinczyc);

— Réduction des organes libérés;

— Fixation de l'intestin (Opération de Morestin, de Savariaud, de Lambret);

— Les résections seront exceptionnelles;

c) *Hernies étranglées :* Kélotomie, suivie de cure radicale si l'état du malade est satisfaisant.

5° Le sac sera sectionné, abandonné dans le scrotum. Le moignon sera fixé par la manœuvre de Barker.

6° La paroi sera reconstituée par le procédé de Bassini. La castration sera exceptionnelle de même que les autoplasties (Procédé Huet-Blondin).

7° En cas de contre-indication opératoire, le malade portera un bandage ou un suspensoir.

III. — *Chez le vieillard :* la conduite à tenir sera la suivante :

1° *Hernie étranglée :*

a) Epreuve de Leriche (glace et morphine) pendant 6 heures;

b) Si les phénomènes ne rétrocèdent pas, opération de Leriche (Laparotomie, kélotomie).

2° Hernie non étranglée :

Pas d'opération; bandage ou suspensoir.

IV. — *Résultats éloignés :*

Sur 137 malades, 19 seulement ont pu être revus : 5 ont présenté des récidives. Celles-ci sont donc relativement fréquentes.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 juillet 1937.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Ancel et Cavaillon. — Evolution du mésentère commun chez l'homme. *Semaine médicale*, 20 févr. 1907, p. 85.

Angelescu et Buzoianu. — Technique opératoire des hernies inguino-scrotales. *Spitalul*, janv. 1934.

Auvray. — Procédé Lardennois-Okinczyc. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1913, p. 881.

Barker. — Traitement des hernies inguinales volumineuses. *Lancet*, 12 avril 1912.

Barthélemy. — Cure radicale d'une hernie inguinale géante. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de Chir. de Paris*, 1925, p. 771-773.

— Considérations sur les hernies scrotales géantes. *Bull. et mém. de l'Acad. de chir.*, 25 mars 1936.

Baumgartner. — Les hernies par glissement du gros intestin. Thèse Paris, 1904-1905.

Becker. — Faut-il opérer les hernies inguinales géantes et irréductibles ? *Zent. für Chir.*, 5 mai 1923.

Belle. — Hernies scrotales volumineuses. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, juin 1928.

Bérard (Roger). — Marsupialisation du sac scrotal sans libération préalable dans le traitement de la hernie inguino-scrotale étranglée volumineuse. Thèse Lyon, 1926.

Berger. — Art. : « Hernies » in *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*.

Billot. — Décollement de l'S iliaque et du cæcum dans le plan embryologique pour les hernies adhérentes du gros intestin. Thèse Lyon, 1912-1913.

Blanchet. — Agglutination des anses intestinales. Thèse Paris, 1923.

Bouveret. — Traitement des hernies inguinales. Thèse Montpellier, 1905-1906.

Brau-Tapie. — Hernies inguinales volumineuses. *Bordeaux chirurgical*, 14 nov. 1935.

Brown. — Rad. Cure of very large hernias. *Lancet*, 1918, t. I, p. 106.

Brebner. — Enormous inguinal hernias. *Transvaal Med. Journ.*, 1921.

Bréchot. — Curieux cas de hernie inguinale. Soc. nat. de chir. de Paris, 6 mars 1935.

Cadenat. — Cure radicale des volumineuses hernies inguinales. *Hôpital*, 1928, p. 402.

— Considérations sur les énormes hernies scrotales. Acad. de chir., 15 janv. 1936.

Cahill. — Mammoth inoperable scrotal hernia. *Ann. district of Columbia*, juin 1933.

Catterina. — Hernies inguino-scrotales et torsion de l'épiploon. *Arch. Italo di Chir.*, 1931.

Cavaillon et Leriche. — Pathogénie des hernies du cæcum. *Semaine médicale*, 1907, p. 133.

Chaumet. — Autoplastie. *Gaz. des hôp.*, p. 922.

Christidé et Fagarasheano. — Technique opératoire dans les cas de hernies inguino-scrotales étranglées avec gangrène de l'intestin. *Revista de chir.*, sept. 1934.

Coudray. — Deux cas de hernies inguinales scrotales géantes. Soc. de chir. de Paris, févr. 1927.

Dean Bevan. — Hernies par glissement du côlon ascendant, cæcum côlon descendant, sigmoïde et vessie. *Ann .of. Surg.*, oct. 1930.

Delagenière. — Phrénicectomie dans la cure des hernies inguinales volumineuses. *Journ. internat. de chir.*, mai-juin 1936.

Desbos. — Etude radiologique des hernies inguinales volumineuses. Thèse Lyon, 1922-1923.

Dressen. — Hernies inguinales de l'estomac. *Journ. de chir.*, t. II, 1925.

Dufour. — Procédé exceptionnel de cure radicale de la hernie inguinale. Thèse Lille, 1919.

Duret. — Des variétés rares de hernies inguinales. Thèse d'agrég. Paris, 1883.

Elischer. — Estomac dans la hernie inguinale étranglée. *Zentralb. für Chir.*, 15 déc. 1933.

Espagne. — Accidents intrasacculaires des grosses hernies. Thèse Montpellier, 1911.

Forgues. — Rachianesthésie. Congr. de chir., 1927.

Fournier. — Hernies étranglées du gros intestin gauche. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1921.

Gayet. — Hernies du gros intestin à sac incomplet. Congr. de chir., 1910.

Gluckstahl. — Hernies de la vessie. *Lyon chirurgical*, 1914, p. 24.

Goldenberg. — Autoplasties. *Presse médicale*, 1925.

Guyot. — Considérations sur un cas de hernie scrotale volumineuse (Cliniques chirurgicales, Bordeaux, 1936). *Progrès médical*, 18 avril 1936.

Hartmann. — Particularités de hernies. *Journ. des prat.*, 1922, p. 152.

Hewit. — Enormous Hernias. *Surg. Gyn. Obs.*, Chicago, 1917.

Huet et Blondin. — Myoplastie du couturier. *Journ. de chir.*, 1930, t. I, p. 22.

Humbert. — Traitement des grosses hernies inguino-scrotales. Thèse Lyon, 1890.

Jaboulay. — Art. « Hernies », in *Traité de chir. Le Dentu et Delbet.*

— Enormes hernies inguinales. *Lyon médical*, 1912.

Jonckheere. — Myoplastie du couturier dans les hernies récidivantes. *Le Scalpel*, n° 35, avril 1935, p. 221.

Julliard. — Résections intestinales. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1895.

Kharkin. — Method of Handling hernal sac in operations for large inguino-scrotal hernias. *Vestrik. Khir.*, 1935.

Kutscha, Lissberg. — Utilisation du couturier pour fermeture des anneaux herniaires. *Zent. für Chir.*, avril 1924.

Labat. — Cure radicale de la hernie par glissement du côlon. *Presse médicale*, Paris, 1919.

Landivar et Ipanaguire. — Plastie du couturier dans les hernies inguinales. *El dia Medico*, déc. 1931.

Lardennois et Okinczyc. — Sur les hernies dites par glissement du gros intestin. *Journ. de chir.*, 15 sept. 1909.

— Hernies adhérentes du cæcum. *Presse médicale*, janv. 1910.

Lecène. — Volumineuse hernie inguinale, irréductible avec sténose du grêle et kyste du mésentère. *Presse médicale*, 13 nov. 1913.

Lecercle-Rouvillois. — Hernie inguinale géante. Soc. nat. de chir., 16 juin 1926.

Legrand. — Hernies inguinales ayant perdu droit de domicile. Thèse Lille, 1906.

Lenormand. — Greffe dans hernies inguinales volumineuses. *Presse médicale*, janv. 1912.

Léonte. — Procédé opératoire pour hernies inguinales volumineuses. *Rev. techn. de chir.*, déc. 1931.

Leriche. — A propos de la pathogénie et du traitement des hernies du gros intestin. *Presse médicale*, 1910.

— Volumineuses hernies inguinales du vieillard. *Lyon chirurgical*, 1914.

Leyland, Damas (J.). — Massives scrotal hernias. *The Canad. Med. Assoc. Journ.*,

Lubelski. — Opération radicale des grosses hernies scrotales. *Medycina*, févr. 1912.

Lucas-Championnière. — Cure radicale des hernies inguinales. Congr. de chir., 1905.

Mathieu. — Procédé de Lardennois-Ockinczyc. Thèse Paris, 1915.

Mauclaire. — Synorchidie dans hernies inguinales volumineuses. *Arch. gén. de chir. de Paris*, 1908.

Mérigot de Treigny. — Etude sur les hernies du gros intestin. Thèse Paris, 1886.

Meyer-May. — Procédé cure radicale de grosses hernies scrotales étranglées ou non. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. ind.*, oct. 1935.

Monod. — Résections intestinales. Soc. de chir., 1930.

Morestin. — Hernies inguinales par glissement de l'S iliaque. *Congr. de chir.*, 1900.

Morin. — Résection du cordon dans la cure radicale de la hernie inguinale. Thèse Paris, 1906.

Novaro. — Hernies inguino-scrotales volumineuses. *Riforma Med.*, nov. 1922.

Ostermayer. — Reposition en bloc des hernies scrotales volumineuses. *Gyogyoszat*, 1898.

— *Wien. Med. Wochemchr.*, 1900.

Oudard et Jean. — Hernies inguinales récidivées. *Rev. de chir.*, 1922.

Outgherson. — Réparations hernies scrotales volumineuses. *Surg. Gyn. Obst.*, sept. 1929.

Patel. — Art. : « Hernies », in *Nouv. Traité de chir. Le Dentu et Delbet.*

Patel et Papillon. — Hernies inguinales volumineuses de la totalité de l'estomac. *Lyon chirurgical*, janv. 1933.

Poey-Noguez. — Thèse Bordeaux, 1886.

Pototschnig. — Traitement opératoire des très grosses hernies irréductibles. *Zent. für Chir.*, 1923.

Quain. — Herniotomy for large inguinal hernia. *Lancet*, 1919, p. 16.

Quénu et Constantini. — Indications de la résection intestinale dans la cure radicale de certaines hernies. *Rev. de chir.*, 10 avril 1914.

Quivy et Yvon. — Un cas de hernie scrotale de la vessie. Soc. de radiol. méd. de France, mars 1934.

Rivaud. — Procédé de Mauclaire dans cure radicale des hernies inguinales volumineuses. Thèse Bordeaux, 1931.

Rousseau. — Contusions et éclatement d'une anse grêle en cas de grosse hernie scrotale. *Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1932.

Rutherford. — De la résection intestinale dans les grosses hernies par glissement. *Glascow Méd. Journ.*, sept. 1919.

Savariaud. — Cure radicale des hernies par glissement. *Congr. de chir.*, 1901.

Scarpa. — Traité des hernies. Trad. Cayol, 1812.

Tinker et Sutton. — Traitement opératoire des hernies difficiles. Autoplastie et anesthésie locale. *New-York State Journ. of. Med.*, août 1924.

Torrès-Casanova. — Cure radicale des hernies géantes irréductibles. *Congr. esp. de chir.*, 1910.

Tovaru, Nitescu. — Rare case of chronic appendicitis in leftinguina scrotal hernial sac. *Spitalul*, oct. 1934.

Uranga. — Considérations sur un cas de phrénicectomie dans le traitement des hernies inguinales géantes. *Revista de chir.*, Barcelone, mars 1932.

Villar. — Hernies inguinales gauches du cæcum et côlon ascendant. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 1920.

Wadhams et Karabba. — Herniorraphie utilisant un lambeau de fascia vivant. *Ann. of Surg.*, 1935.

Wakeley. — Rad. cure of very large ing. hernias. *Lancet*, Londres, 1918.

Wangensteen. — Réparation des hernies récidivées et difficiles par le tractus ilio-tibial du fascia lata comme lambeau pédiculé. *Surg. Gyn. Obst.*, 1934.

20343. — Bordeaux, Impr. Centrale Delmas, 6, pl. St-Christoly. — 1937.